

Ingvild Holsen

"Hæ, har du ADHD?"

En kvalitativ studie av unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose

Masteroppgave i Sosiologi: Lektorutdanning i samfunnsfag
Veileder: Brita Bungum

Juni 2021

Ingvild Holsen

"Hæ, har du ADHD?"

En kvalitativ studie av unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose

Masteroppgave i Sosiologi: Lektorutdanning i samfunnsfag
Veileder: Brita Bungum
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven fokuserer på hvilke erfaringer unge kvinner har med egen ADHD-diagnose. Studien tar for seg erfaringer fra livet før diagnostisering, selve diagnostiseringen, konsekvenser av diagnostisering, og ulike spørsmål som blir aktuelle etter diagnostisering. For å kunne belyse disse erfaringene, har det blitt utført fjorten individuelle kvalitative intervjuer. Den aktuelle problemstillingen er: *Hvilke betydninger har kjønn for unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose?* De teoretiske bidragene som skal være med på å gi innsikt i denne problemstillingen er Judith Butlers (2011; 2020) performativitetsteori om kjønn, Candace West & Don Zimmermans (1987) teori om doing gender, teorier om feminitet og maskulinitet fra Nick Drydakis et al. (2017) og Christoffer Chelsom Vogt (2018), og Vogt (2018) og Harriet Bjerrum Nielsens (2014) teorier om skolens utvikling og perspektiver på kjønnsforskjeller.

Funnene i studien illustrer hvordan de kjønnede forventningene til jenter og kvinner kan være utfordrende å kombinere med symptomene på diagnosen. Før diagnostisering med ADHD hadde flere av informantene kjent på en følelse av å være *atypisk*, da de så på det som vanskelig å innfri kjønnsforventningene. For å ikke fremstå som *atypiske* lærte de unge kvinnene seg å *maskere* symptomer. Dette gjorde at symptomene ikke ble synlige, noe som hos flere har ført til sendiagnostisering. I tillegg opplevde flere sendiagnostisering fordi utenforstående *glemmer* at jenter kan ha ADHD, da en kjønnset forventning er at ADHD er en «guttediagnose». Deretter har studien pekt på hvordan diagnostiseringen fører til flere positive konsekvenser. Ved å bli diagnostisert med ADHD har informantene fått besvart flere spørsmål ved seg selv og de har erfart *forklaring* og *lettelse*. Videre har diagnostiseringen ført til medisiner, og økt tilrettelegging, hjelp og legitimering. Etter diagnostisering har flere av informantene erfart at nye problemstillinger og spørsmål har dukket opp. Dette er spørsmål tilknyttet misforståelser rundt ADHD-diagnosen, analysering av tidligere atferd og utfordringer med å akseptere diagnosen. Studien har flere sosiologiske og samfunnsmessige implikasjoner. Det er nødvendig med en kompetanseheving og holdningsendring knyttet til ADHD hos jenter og kvinner, samt en kompetanseheving om hvordan en forholder seg til kjønn i skolen. Økt kompetanse vil kunne føre til at jenter og kvinner med ADHD ikke blir en *glemt* gruppe. Samtidig har studien gitt et nytt sosiologisk perspektiv på ADHD, da studien ser på diagnosen i relasjon med kjønn og kjønnsforventninger. I tillegg gir oppgaven et innblikk i hvordan de faktisk diagnostiserte forholder seg til diagnosen.

ABSTRACT

This master thesis focuses on young women's experiences with their own ADHD diagnosis. The thesis addresses experiences from before they were diagnosed, when they got diagnosed, consequences of being diagnosed, and various questions that became relevant after they were diagnosed. The study is based on fourteen individual qualitative interviews, and the research question is: *What significance does gender have for young women's experiences with their own ADHD diagnosis?* Important theoretical contributions are Judith Butlers (2011; 2020) theory on performativity, Candace West & Don Zimmermans (1987) theory on doing gender, theories about femininity and masculinity from Nick Drydakis et al. (2017) and Christoffer Chelsom Vogt (2018), and Vogt (2018) and Harriet Bjerrum Nielsens (2014) perspectives development features in the Norwegian school and gender-differences.

The empirical findings illustrate how girls and women with ADHD can experience the gender expectations related to them, difficult to combine with the symptoms on ADHD. Before the diagnosis several of the informants had felt a sense of being *atypical* because of problems related to gender expectations. To not appear *atypical*, the informants learned to *mask* different symptoms. This led to the symptoms not being visible, but a result of this was late diagnosis. At the same time, several of the young women had experienced late diagnosis because outsiders tend to *forget* that girls and women can have ADHD, since a gendered expectation is that ADHD is a diagnosis that boys experience. Furthermore, the study has pointed out how being diagnosed with ADHD can lead to several positive consequences. The informants had experienced *explanation* and *relief*, and at the same time, the diagnosis has led to medication, and increased facilitation, help and legitimation. After the diagnosis, several of the informants had experienced how new questions had emerged. These questions were about misunderstandings related to ADHD, analyzing previous behavior, and challenges with accepting the diagnosis. The study has several sociological and societal implications. It is necessary to increase the knowledge about girls and women with ADHD, as well as the knowledge about gender expectations in school. This will possibly lead to girls with ADHD, not being *forgotten*. At the same time, this study provides a new perspective on the sociological debate on ADHD, since the study focuses on how ADHD is related to gender and gender expectations. In addition, the study provides insight on how people with ADHD look at their own diagnosis.

FORORD

Masteroppgaven er slutten på fem år ved lektorstudiet i samfunnsfag på NTNU. Det å skrive en slik oppgave har vært tidkrevende, men mest av alt interessant og lærerikt. Gjennom oppgaven har jeg fått undersøke en tematikk som jeg brenner for, og jeg har fått intervjuet fjorten inspirerende unge kvinner. Tusen takk for at dere stilte til intervju, og ønsket å dele deres erfaringer. Det settes veldig pris på. Videre må jeg takke min veileder, Brita Bungum. Takk for alle faglige innspill og for at du har hatt troen på min oppgave og tematikk.

I tillegg må jeg rette en takk til Boye, familien min, og mine fantastiske venner her i Trondheim og fra Hallingdal. Takk for at dere har holdt ut med alt mas om masteroppgaven og har støttet meg gjennom hele prosessen. Samtidig må jeg takke spesifikt Ida, Tora Amalie, Hanne, Ingrid, og Amalie for god hjelp med korrekturlesing. Og ikke minst må jeg takke mine trofaste lektorvenner på lesesalen, Rebekka, Eline og Ida, for støttende ord, gode lunsjpauser og faglige og ikke-faglige samtaler.

Avslutningsvis må jeg si tusen takk til Trondheim for fem helt fantastiske år. Takk for at du har gitt meg uerstattelige venner, minner og øyeblikk. Jeg kunne ikke drømt om fem bedre år. Tiden i Trondheim kommer alltid til å være med meg.

Trondheim, juni 2021

Ingvild Holsen

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn for oppgaven og problemstillingen.....	1
1.2. Sosiologisk fagfelt.....	3
1.2.1. Ulike tilnæringer til ADHD-diagnosen.....	5
1.3. Oppgavens struktur	7
2. TEORETISK INNFORING I ADHD-DIAGNOSEN	9
3. SOSIOLOGISK TEORI	13
3.1 Kjønn som en sosialt konstruert prosess	13
3.1.1 Judith Butler og performativitetsteorien	13
3.1.2. West & Zimmerman og doing gender.....	14
3.2. Femininitet	15
3.3. Feminisering og modernisering av skolen	15
3.4. De glemte forskjellene – forskjeller innad i kjønnnet	16
3.5. Teoriens bidrag.....	17
4. METODE OG GJENNOMFORING	19
4.1. Vitenskapsteoretisk posisjonering.....	19
4.2. Prosjektets bakgrunn	19
4.3. Teorien og empiriens rolle i forskningsarbeidet.....	20
4.4. Dybdeintervju og samtale som forskning.....	21
4.4.1. Dybdeintervjuets kvalitet	22

4.5. Utvalg	23
4.5.1. Rekruttering.....	24
4.6. Datainnsamling.....	25
4.6.1. Intervjuguide	25
4.6.2. Gjennomføring av dybdeintervju	25
4.7. Databearbeiding	27
4.8. Dataens kvalitet	29
4.8.1. Gyldighet.....	29
4.8.2. Generaliseringspotensiale.....	30
4.8.3. Pålitelighet.....	30
4.9. Etske betraktninger.....	31
5. UNGE KVINNERS ERFARINGER MED EGEN ADHD-DIAGNOSE	33
5.1. Livet før diagnostisering	34
5.1.1. De atypiske jentene	34
5.1.2 De maskerte jentene	36
5.1.3. De glemte jentene.....	37
5.1.4. Har sendiagnostisering av jenter og kvinner med ADHD en påvirkning på utviklingen av tilleggsdiagnoser og tilleggsutfordringer?.....	39
5.2. Selve diagnostiseringen – effekter av diagnostisering	41
5.2.1 De spørrende jentene	41
5.2.2. De medisinererte jentene	42
5.2.3. De synlige jentene	44
5.2.4. Er ADHD-diagnostiseringen en løsning på strukturelle og institusjonelle utfordringer?.....	45
5.3. Livet etter diagnostisering	47
5.3.1. De misforståtte jentene	48

5.3.2. De analyserende jentene	49
5.3.3. De funderende jentene.....	51
5.4. En oppsummering av unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose.....	52
6. KONKLUSJON.....	54
6.1. Hovedfunn – betydningen kjønn har for unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose.....	54
6.2. Studiens implikasjoner	56
6.2.1. Samfunnsmessige implikasjoner	56
6.2.2 Sosiologiske implikasjoner	57
6.3. Videre forskning.....	58
LITTERATURLISTE.....	60
VEDLEGG.....	65
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	65
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	68
Vedlegg 3: Meldeskjema for behandling av personopplysninger	72
FIGURLISTE	
Figur 1: Andel gutter og jenter med ADHD (Ørstavik, et al. 2016:19).....	10
Figur 2: Andel innbyggere som mottok et sentralstimulerende legemiddel for ADHD (Ørstavik, et al., 2016:28).....	11
Figur 3: Oversikt over informanter.....	23-24
Figur 4: Oversikt over unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose.....	52

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn for oppgaven og problemstillingen

«The Voice-Marias diagnose gjorde at hun droppet ut av skolen», TV2 2021.

«Tomine Harket fikk diagnosen: - Påvirker meg», VG 2021.

«Tonje og begge døtrene har ADHD. Slik er livet i familien», Bergens Tidende 2021.

«I ti år trodde Tatjana Erdal at hun slet med angst og depresjon. 29 år gammel fikk hun ADHD-diagnosen», Aftenposten 2021.

Overskriftene over er fra mars 2021 og er hentet fra ulike nyhetssider på nett. Artikkelen tar for seg hvilke erfaringer jenter og kvinner har med egen ADHD-diagnose. Det at fire ulike nettaviser i mars 2021 velger å publisere innhold som handler om jenter og kvinner med ADHD, kan skyldes tilfeldigheter, men det kan òg illustrere at denne tematikken er i ferd med å få økt oppmerksomhet. Frem til nå har ADHD i stor grad blitt omtalt i sammenheng med gutter, og diagnosen har blitt forstått som en «guttediagnose» (Holthe, 2017). Formålet med denne masteroppgaven er å gi økt oppmerksomhet og innsikt i hvordan jenter og kvinner erfarer diagnosen, og samtidig være med på å utjevne noe av kjønnsforskjellen i forskning om ADHD.

Vektlegging av mannen som utgangspunkt er noe som preger store deler av helseforskning (Rødland, 2018). Dette gjelder både den fysiske, psykiske og nevrologiske helsen til mennesket. ADHD-diagnosen er intet unntak. Det meste av forskning tilknyttet ADHD fokuserer på hvordan gutter og menn opplever diagnosen. Dette kan være problematisk da det er vist hvordan diagnosen opptrer annerledes hos jenter, sammenlignet med gutter (Conrad & Schneider, 1992). For gutter opptrer diagnosen som regel gjennom synlige symptomer som viser seg i form av uoppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet (Tjora et al., 2016). For jenter opptrer derimot symptomene ofte mer innvendig. Dette vil si at jentene i større grad opplever dagdrømming og mangel på konsentrasjon (Holthe, 2017). Forskjellen i symptomer kan være en forklaring på hvorfor det er flest gutter som blir diagnostisert med ADHD. Eksempelvis vil impulsivitet og hyperaktivitet være enklere å oppdage enn dagdrømming. Tall fra Folkehelseinstituttet i 2016 viser hvordan det i Norge var 3,2 prosent gutter mellom 6 og 12 år som ble diagnostisert med ADHD, mens det var 1,2 prosent av jentene innenfor samme aldersgruppe som ble diagnostisert med ADHD (Ørstavik et al., 2016:19).

I tillegg til at det ofte er mannen som er utgangspunkt innen helseforskning, finnes det noen kjønnede forventninger tilknyttet spesifikke diagnoser. Gjennom Stoltenbergutvalgets rapport fra 2019, ble det presentert hvordan jenter i større grad «har internaliserende (innagerende) vansker enn gutter, slik som angst- og depresjonslidelser, mens gutter i større grad enn jenter har eksternaliserende (utagerende) vansker og lidelser, slik som ADHD, autisme og andre atferdsforstyrrelser» (NOU, 2019:3:21). Her ser vi hvordan det kan være en kjønnet forventning om at jenter skal ha diagnoser som angst og depresjon, mens det er gutter som skal ha ADHD, autisme og andre atferdsforstyrrelser. Likevel blir jenter også diagnostisert med ADHD, og det kan dermed være problematisk å generalisere ADHD-diagnosen til en diagnose som gjelder for gutter. I tillegg er det vist hvordan ADHD kan være spesielt utfordrende for jenter og kvinner, da symptomene på ADHD kan være i konflikt med kjønnsforventningene (Holthe, 2017). En konsekvens av dette, er at jenter og kvinner med ADHD i større grad kan oppleve sosiale sanksjoner hvis de viser en hyperaktiv, impulsiv og uoppmerksom atferd, sammenlignet med gutter og menn (Holthe, 2017).

Kjønnsforskjellene i ADHD-diagnosen samt generelle kjønnsforventninger, gjør det interessant å undersøke hvordan kjønn kan sees i relasjon med ADHD-diagnostisering av jenter og kvinner. Med utgangspunkt i flere kvalitative intervjuer ønsker jeg å belyse hvordan unge kvinner erfarer ADHD, og hvordan kjønn har påvirket selve diagnostiseringen og deres egne erfaringer med diagnosen. Samtidig ønsker jeg å skape innsikt i hvordan det er for de faktisk diagnostiserte å ha ADHD. Det har vært flere debatter tilknyttet ADHD-diagnosen hvor det har blitt debattert om ADHD er en riktig og nødvendig diagnose (Ulvestad & Østgaard, 2015; The New York Times, 2016; Tjora et al., 2016; Eriksen, 2018;), men det har vært lite innsyn i hvordan de som har ADHD faktisk opplever diagnosen. Den aktuelle problemstillingen for denne oppgaven lyder som følgende:

Hvilke betydninger har kjønn for unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose?

Gjennom problemstillingen skal det videre bli undersøkt tre forskningsspørsmål: 1) Hvilke betydninger har kjønn for diagnostiseringsprosessen av ADHD hos jenter og kvinner? 2) Hvilke konsekvenser har det for jenter og kvinner å ha udiagnostisert ADHD? 3) Hvilke konsekvenser

har det for jenter og kvinner å bli diagnostisert med ADHD? For å undersøke forskningsspørsmålene og besvare problemstillingen, har det blitt utført totalt 14 kvalitative intervjuer. Disse intervjuene har foregått med unge kvinner mellom 18 og 26 år. På bakgrunn av intervjuene og tanken om at ADHD-diagnosen skiller seg fra individ til individ (ADHD Norge, u.å.), vil det være noen utfordringer med å generalisere og si at funnene gjelder for alle jenter og kvinner med ADHD. Likevel har jeg i analyse- og diskusjonskapittelet begrepsfestet noen trekk/kjennetegn som kan anvendes for jenter og kvinner med ADHD, i tillegg til andre diagnoser hvor kjønn og kjønnsforventninger er relevante begreper.

1.2. Sosiologisk fagfelt

Fokuset sosiologien har på diagnoser og helse, defineres som helsesosiologi. Gjennom helsesosiologien blir det undersøkt hvordan flere diagnoser og sykdommer, slik som ADHD, blir sett på som individuelle problemer som egentlig kan knyttes til flere strukturelle forhold i samfunnet (Tjora, 2012). Ansvar til helsesosiologien er å gi innsikt i hvordan diagnose og sykdom oppstår og er konstruert, og dermed gi et nyansert perspektiv på hvordan helse og sykdom henger sammen med samfunnets strukturer (Tjora, 2012). I tillegg er ADHD som diagnose relevant innenfor sosialkonstruktivismen. Sosialkonstruktivismen utfordrer eksisterende tanker i samfunnet og retter et fokus mot hvordan virkelighetsforståelsen til individer er et resultat av individets egne opplevelser, erfaringer, samhandlinger og relasjoner (Tjora, 2017). En konsekvens av denne tankegangen om virkeligheten, er at personer kan ha ulik oppfatning av samme aspekt eller fenomen i samfunnet (Tjora, 2017). Eksempelvis ulike forståelser av ADHD-diagnosen.

I tillegg til helsesosiologien og sosialkonstruktivismen, har ADHD som diagnose vært relevant innenfor avvikssosiologien. Avvikssosiologien fokuserer på *sosiale avvik*. Sosiale avvik er definert som noe som oppstår når et individ bryter med de forventningene eller normene som eksisterer i et gitt samfunn eller gruppe (Skog, 2012:16). I tillegg fokuserer perspektivet på hvilke konsekvenser det har å være avvikende (Skog, 2012). En bok som har fokus på avvik og ADHD er boka «Deviance and Mecalization: from badness to sickness» (1992) av Peter Conrad og Joseph W. Schneider. I denne boka blir det presentert hvordan ADHD som diagnose har blitt utviklet, og diagnosen blir videre knyttet opp til medikaliseringsprosessen. Her blir det blant annet diskutert hvorfor avvikende atferd blant barn har blitt et medisinsk problem, hvor vi ender

opp med å medisinerer barn istedenfor å akseptere ulik atferd blant dem (Conrad & Schneider, 1992:159).

Videre kan ADHD-diagnosen og avvikssosiologien sees i relasjon med teorier om karaktertrekkdiagnoser. Karaktertrekkdiagnoser omfatter tilstander eller egenskaper som tidligere ikke har blitt sett på som problematiske, men hvor disse karaktertrekkene nå blir sett på som avvikende, problematiske eller uønskede, og derfor må diagnostiseres (Lian, 2014). I tillegg fokuserer teorier om karaktertrekkdiagnoser på medikaliseringsprosessen, hvor tilstander eller egenskaper som vi tidligere så på som normalt, vanlig og/eller naturgitt, nå blir medikalisert (Lian, 2012). Eksempelvis blir hyperperaktivitet, impulsivitet, ukonsentrasjon og uoppmerksomhet nå sett på som avvikende. Dette gjør at individer som har disse egenskapene blir diagnostisert med ADHD og videre medisinert. Denne diagnostiseringen og medisineringen av egenskaper, har vært en fremtredende trend i dagens vestlige samfunn. Utfordringen med trenden er at vi kan skape et mindre fargerikt og tolerant samfunn. Den nye normalen blir smalere, og resultatet er at vi godtar færre forskjellige egenskaper, noe som kan føre til at vi blir et mer ensartet samfunn (Lian, 2012).

Innenfor sosiologien har det blitt skrevet noen masteroppgaver knyttet til ADHD. Maria Forsberg skrev i 2010 om hvordan foreldre gjennom forskjellige diskurser fremstilte diagnosen ulikt (Forsberg, 2010). I tillegg skrev Kjetil Nordengen i 2011 om hvilke forståelser lærere hadde når de snakket om ADHD-diagnosen, og hvordan dette var formet av skolen (Nordengen, 2011). Innenfor pedagogikk har det blitt skrevet flere masteroppgaver om ADHD hos jenter og kvinner. Linda Gregersen (2015) og Malin Myren Foldal (2018) har begge skrevet om hvordan jenter og kvinner opplevde skolehverdagen, både med diagnostisert og udiagnostisert ADHD. Videre har det blitt skrevet noen masteroppgaver om hvordan lærere og skoler har tilrettelagt og forholdt seg til jenter med ADHD i skolen (Sletten, 2014; Eriksen, 2016). Dermed mener jeg denne masteroppgaven i sosiologi med fokus på jenter og kvinner med ADHD, vil tilføye noen nye og viktige perspektiver innenfor fagfeltet, siden det finnes få sosiologiske studier som vektlegger betydningen av kjønn og ADHD-diagnosen hos kvinner.

1.2.1. Ulike tilnæringer til ADHD-diagnosen

Et aspekt som gjør ADHD-diagnosen relevant innenfor sosiologien er kontroversen rundt ADHD og de ulike perspektivene på diagnosen. Et av perspektivene på ADHD fokuserer på hvordan ADHD som diagnose er sosialt konstruert og videre et sosialt fenomen i samfunnet. Det er denne tilnærmingen som har fått mest oppmerksomhet innenfor sosiologien. Her blir det blant annet vektlagt hvordan ADHD-diagnostisering er en form for kontrollering av barn (Conrad & Schneider, 1992). Tilnærmingen poengterer at ADHD-diagnosen er et tydelig eksempel på hvordan strukturelle utfordringer på systemnivå blir sett på som individuelle utfordringer, hvor løsningen er kontroll gjennom diagnostisering og medisinerer (Tjora et al., 2016). Et av de mest relevante bidragene innenfor sosiologien som peker på nettopp dette, er boka «ADHD og det disiplinerte samfunn» av Aksel Tjora og Lisbeth Elvira Levang (red. 2016). I et av avsnittene fra boka blir kontrollering gjennom medisinerer og diagnostisering med ADHD tydeliggjort:

«Å diagnostisere barn med ADHD for å deretter medisinerer dem, vil kunne gagne skoleinstitusjonen ved reduserte avbrudd i undervisningen, økte profitt hos farmasøytiske selskaper, frita lærere for beskyldninger om mislykket pedagogikk og frita foreldre for en mistanke om dårlig oppdragelse. At avviket karakteriseres som et individuelt problem, fritar i det hele tatt samfunnet for mye ansvar» (Tjora et al., (2016:26).

Sitatet synliggjør hvordan ADHD-diagnostisering av barn vil kunne gagne flere institusjoner, foreldre og lærere. I tillegg viser det hvordan diagnostisering og medisinerer av barn er en «enklere» løsning på strukturelle utfordringer. Gjennom perspektivet på ADHD som sosialt konstruert, blir det pekt på hvordan det er lettere å diagnostisere og medisinerer individer som avviker fra forventningene og idealene, sammenlignet med å se på de bakenforliggende årsakene til hvorfor den avvikende atferden oppstår (Madsen, 2010). Dette kan være en forklaring på økningen i antall ADHD-diagnoser siden 1960/70tallet. Tidligere har hyperaktivitet blitt sett på som et problem som skulle ordnes innenfor familien eller skolen, mens i dag er hyperaktiviteten et avvik til de forventningene som finnes, og løsningen er medisinerer og diagnostisering (Conrad & Schneider, 1992). Økningen i antall ADHD-diagnoser kan videre sees i relasjon med samfunnsutviklingen og medikaliseringsprosessen, hvor medisinerer av avvikende oppførsel har blitt mer utbredt i det moderne samfunnet (Conrad & Schneider, 1992).

Et annet perspektiv på ADHD-diagnosen, er det medisinske og nevrologiske. Her er fokuset på hvordan diagnosen er en viktig og relevant diagnose, som bør og må eksistere. I 2002 poengterte blant annet en av verdens mest ledende personer innenfor ADHD-forskning, Russel A. Barkley sammen med flere andre psykiatere og psykologer, hvordan en farlig tankegang er å se på ADHD-diagnosen som sosialt konstruert og et påfunn (Barkley et al., 2012). Begrunnelsen var at diagnosen kan vises nevrologisk, da flere individer med ADHD har mindre hjerneaktivitet og reagerer mindre på stimuli enn hva andre gjør (Barkley et al., 2002). I tillegg har flere tvillingstudier vært med på å forsterke ideen om ADHD som en medisinsk og nevrologisk tilstand. Gjennom disse studiene har det blitt illustrert hvordan ADHD-lignende atferd ikke kun kan skyldes ulike miljømessige årsaker. Miljømessige forhold kan ha en påvirkning på hvor hyperaktive, impulsive og uoppmerksomme individer er, men det er det nevrologiske som har størst påvirkning på ADHD-lignende atferd (Barkley et al., 2002). I tillegg er det bevist hvordan medisinerer har ført til endring i atferd hos individer som er diagnostisert med ADHD og som er hyperaktive, impulsive, ukonsentrerte og/eller uoppmerksomme. I 1973 forsket Charles Bradley på hvordan medisin med amfetamin hadde en effekt på barn med atferdsproblemer og lærevansker (Conrad & Schneider, 1992). Gjennom denne forskningen ble det synliggjort hvordan barn som ble medisinert fikk endret atferden sin, samtidig som de samme barna gikk tilbake til den gamle atferden når medisineren stoppet opp.

Et tredje perspektiv på ADHD-diagnosen fokuserer på hvordan det kan være flere psykologiske og miljømessige forhold som kan være med på å føre til at ADHD-lignende atferd oppstår. Eksempelvis er det dette synet som preger mye av tankegangen rundt ADHD i Frankrike. I Frankrike forklarer en symptomene på ADHD med dårlig kosthold og oppdragelse, og ikke på grunn av en nevrologisk tilstand, noe som kan være en forklaring på hvorfor Frankrike har en lav andel med ADHD-diagnostisert barn, med kun 0,5 prosent som behandles medisinsk for diagnosen (Bromark, 2014). Denne forståelsen av ADHD, støttes av forskning som peker på hvordan utfordringer på hjemmebane med dårlige relasjoner til foreldre eller andre personer, har vist seg å være relevant når en skal forklare hvorfor impulsivitet, hyperaktivitet, ukonsentrasjon og uoppmerksomhet oppstår (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). I tillegg er det vist hvordan de overnevnte egenskapene, kan føre til utfordringer hos foreldre med oppdragelsen. En (uheldig) konsekvens er at problematisk oppdragelse videre kan føre til en forsterkning av ADHD-symptomer (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). Dette er med på å

illustrere en ond sirkel, hvor flere miljømessige forhold og psykologiske faktorer er med på å forsterke hyperaktivitet, impulsivitet, ukonsentrasjon og uoppmerksomhet.

For meg er symptomene på ADHD, reelle symptomer som kan oppleves som utfordrende. Det jeg derimot ser på som problematisk er hvorfor symptomene blir sett på som avvikende atferd og ikke normal atferd, og videre noe som må diagnostiseres og i stor grad medisineres. Likevel har jeg gjennom dette forskningsarbeidet hatt et ønske om å tilnærme meg feltet på en åpen og nysgjerrig måte. Ved å være åpen og nysgjerrig ønsker jeg ikke å plassere meg innenfor en av de polariserte tilnærmingene presentert over. Ved å ha en åpen tilnærming, er målet å kunne få kunnskap om, og belyse hvordan det oppleves for de som faktisk har diagnosen. Heller enn at jeg som utenforstående uten ADHD, skal opparbeide meg en mening om hva som er rett og galt når det kommer til diagnostisering av ADHD. I tillegg mener jeg at teorier og perspektiver om betydningen av kjønn, vil kunne gi en ny innsikt til debatten omkring diagnosen. Disse teoretiske perspektivene har en betydning siden avvik fra normative og kjønnete forventninger kan være med på å avgjøre hvorvidt noen blir diagnostisert med ADHD.

1.3. Oppgavens struktur

Oppgaven er delt inn i totalt seks kapitler. I dette innledningskapittelet, kapittel 1, har jeg redegjort for oppgavens relevans og fagfelt. Kapittel 2 vil ta for seg ADHD-diagnosen. Her blir det gitt en teoretisk innføring i hva ADHD-diagnosen er, og hvilke kjennetegn som forbindes med diagnosen. Det neste kapittelet, kapittel 3, vil ta for seg flere sosiologiske teorier. Teoriene er Judith Butlers performativitetsteori om kjønn, Candace West & Don Zimmermans teori om doing gender, teorier om feminitet og maskulinitet, teori om utviklingstrekk i skolen, og perspektiver på kjønnsforskjeller. Etter dette kommer kapittel 4, metodekapittelet. Her vil det bli en grundig gjennomgang av de metodiske valgene som har blitt tatt i forbindelse med oppgaven: Hvordan innsamlingen og bearbeidingen av data har foregått, aspekter som kan påvirke oppgaven og dataens kvalitet, samt flere etiske betraktninger. Deretter kommer kapittel 5, hvor selve hovedtyngden av oppgaven ligger. Kapittelet er en kombinasjon av analyse, diskusjon, empiri og tolkninger, som skal være med på å belyse og besvare problemstillingen og de aktuelle forskningsspørsmålene. For å belyse problemstillingen har jeg begrepsfestet noen kjennetegn/trekk som illustrerer variasjonen i erfaringene som de unge kvinnene har med egen ADHD-diagnose. Avslutningsvis i kapittel 5, vil det være en figur med en konkretisering

av de erfaringene som har blitt analysert og diskutert. Det siste kapitlet, kapittel 6, oppsummerer de viktigste funnene og besvarer problemstillingen. I tillegg vil jeg her tydeliggjøre hvilke sosiologiske og samfunnsmessige implikasjoner funnene har.

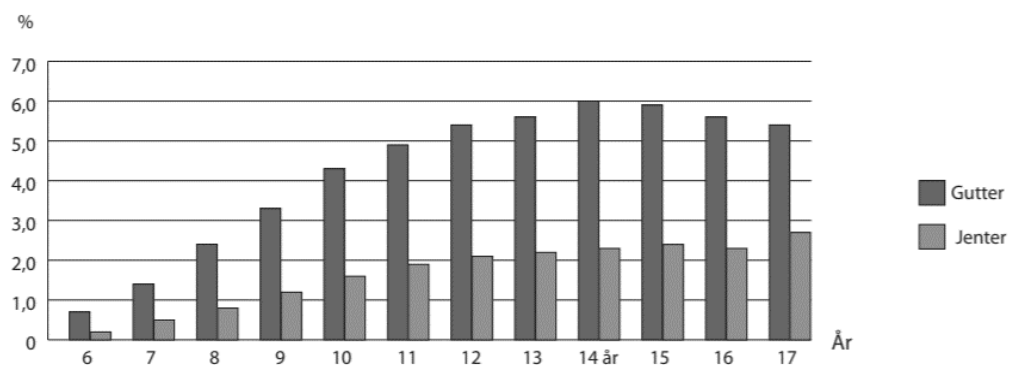
2. TEORETISK INNFORING I ADHD-DIAGNOSEN

ADHD er en nevrologisk diagnose som står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD Norge, u.å.). Diagnosen kan føre til enkelte funksjonsvansker i hverdagen, og selve diagnosen består av flere symptomer og kjennetegn. Kjernesymptomene er hyperaktivitet, impulsivitet, uoppmerksomhet og ukonsentrasjon (Ørstavik et al., 2016). Hyperaktivitet kan ofte oppleves som «indre uro, anspenhet, overdreven pratsomhet, rastløshet og vanskeligheter med å sitte i ro over tid» (ADHD Norge, u.å.). Impulsivitet blir som regel synliggjort gjennom utålmodighet, spenningssøkende atferd og det å utføre handlinger uten å ha tenkt seg om (ADHD Norge, u.å.). Uoppmerksomhet og ukonsentrasjon «kan vises som vansker med å holde oversikt, vansker med å følge tidsfrister, lett å distrahere, kan lett kjede seg» (ADHD Norge, u.å.). I tillegg er hyperfokus et kjennetegn som ofte opptrer hos ADHD-diagnostiserte. Hyperfokus betyr at en i perioder vier det meste av oppmerksomhet mot et spesifikt prosjekt eller et tema. På grunn av hyperfokuset får individene mulighet til å arbeide effektivt og intenst (Holthe, 2017). Hyperfokus blir dermed sett på som et av flere positive aspekter ved ADHD. Diagnosen blir delt inn i tre undergrupper med utgangspunkt i symptomene: 1) ADHD-hyperaktiv/impulsiv type, 2) ADHD-uoppmerksom type og 3) ADHD-kombinert type (Holthe, 2017:8). Hos jenter og kvinner er det som oftest den uoppmerksomme eller kombinerte typen en finner, men det er store variasjoner i hvordan de ulike symptomene opptrer hos individer som er diagnostisert med ADHD. På ADHD Norge (u.å.) er det blant annet skrevet «Har du sett én med ADHD, har du kun sett én». Variasjonene i hvordan diagnosen utarter seg, er med på å tydeliggjøre utfordringene med å oppdage ADHD-lignende atferd, da det ikke finnes en fasit på hvordan symptomene og kjennetegnene opptrer.

For å kunne bli diagnostisert med ADHD, må symptomene opptre over en lengre periode og ha en negativ innvirkning på hverdagslivet (Ørstavik et al., 2016). Det finnes ingen spesifikk blodprøve eller lignende som kan tas for å avgjøre om noen har ADHD. Selve diagnostiseringen baseres på intervjuer med personer som har en tilknytting til personen som er under utredning for ADHD. I tillegg blir bakgrunnshistorien til personen, personens atferd, erfaringer tilknyttet personen og flere (barne)psykiatriske tester og ekspertvurderinger lagt til grunnlag for diagnostisering (Tjora et al., 2016). En behandling av ADHD er medisinerer. Medisinene er sentralstimulerende legemidler, og disse har vist seg å ha en god effekt på symptomer og

utfordringer (Holthe, 2017). I tillegg har tidlig medisinerings vist seg å ha positive konsekvenser for skolehverdag og arbeidsliv.

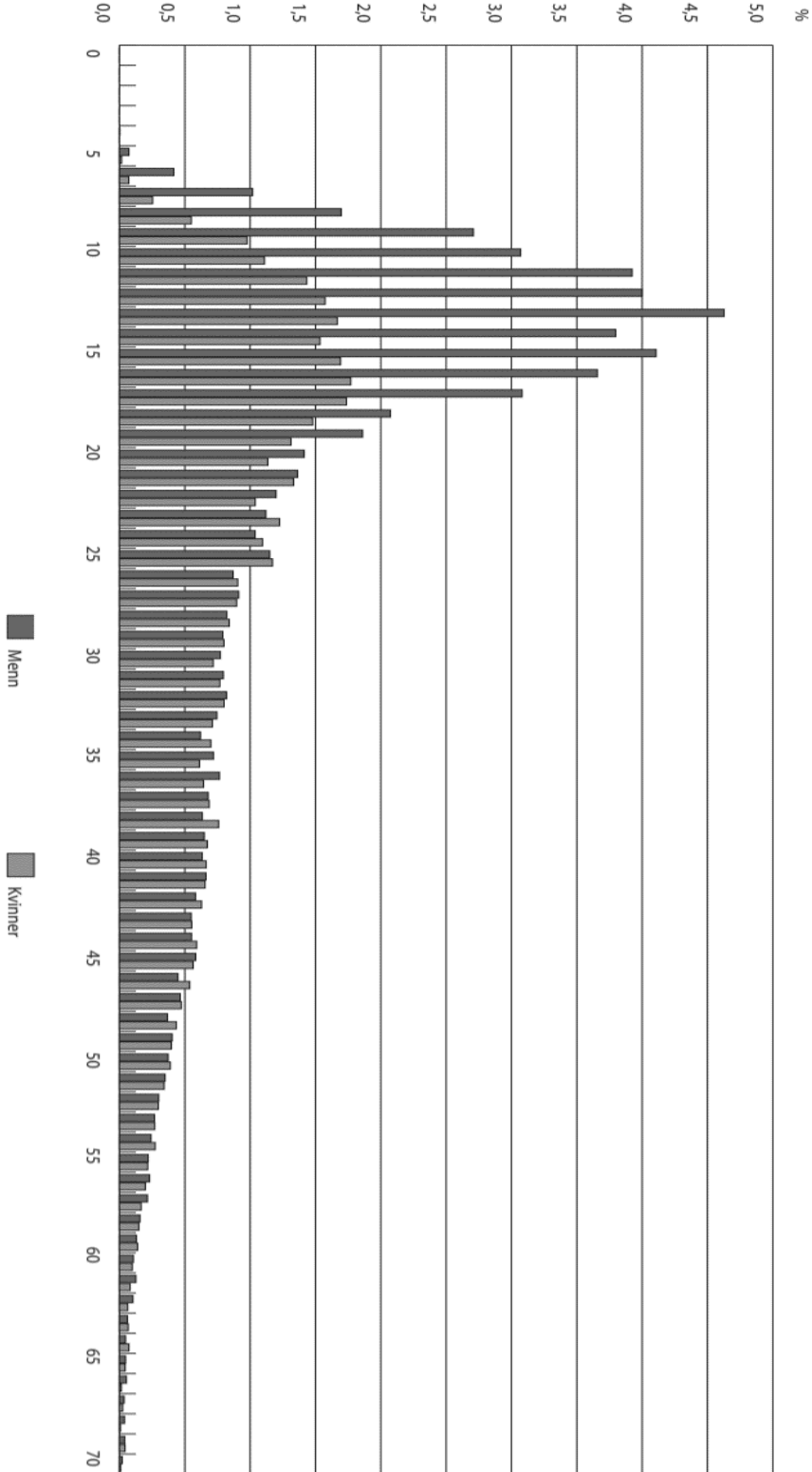
De fleste som blir diagnostisert med ADHD får diagnosen i barneskolealder (Ørstavik et al., 2016). Likevel finnes det flere voksne som blir diagnostisert med ADHD. Totalt er det flere gutter enn jenter som får diagnosen. I innledningen ble det vist til hvordan det i 2016 var 3,2 prosent av gutter mellom 6 og 12 år som ble diagnostisert med ADHD, mens det for jentene var 1,2 prosent (Ørstavik et al, 2016:19). I figur 1 ser vi hvordan kjønnsforskjellene i ADHD-diagnosen blant barn under 18 år, er tilstede i alle aldre.



Figur 1: Prosentandelen gutter og jenter i alderen 6-17 år med ADHD-diagnosen fra 2008-2013. (Ørstavik et al., 2016:19).

I barnealder er det flest gutter som får diagnosen, men i voksen alder blir denne forskjellen betraktelig mindre (Ørstavik et al., 2016). Likevel opplever jenter og kvinner generelt en senere diagnostisering enn gutter og menn (Holthe, 2017). I denne oppgaven har jeg valgt å definere dette som «sendiagnostisering», da dette var et fenomen som var aktuelt for flere av informantene mine. I Klassekampen 22. mai 2021, ble det publisert en artikkel om hvordan flere voksne nå får ADHD-diagnosen. Der ble økningen begrunnet med at det har vært en endring i hvordan en vurderer hvorvidt en voksen person har ADHD eller ikke (Gullestad, 2021). Istedenfor kun å fokusere på utvendig uro og hyperaktivitet ved utredning, blir også den indre uroen vektlagt. I tillegg er en forklaring på sendiagnostisering blant jenter og kvinner med ADHD, at symptomene på ADHD hos jenter ofte blir mer fremtredende i pubertetsalder, mens gutter oftere har fremtredende symptomer i tidligere alder (Holthe, 2017). I figur 2 ser vi hvordan det oppstår en endring i hvilket kjønn som mottar flest sentralstimulerende legemidler for ADHD. Tabellen illustrer hvordan det frem til 17/18-års alderen er en tydelig andel flere menn som får sentralstimulerende legemidler. Etter denne alderen blir forskjellen vesentlig

mindre. I 23-24-års alderen skjer en endring. Her er det flere unge kvinner enn menn som mottar sentralstimulerende legemidler. Etter dette, er forskjellene minimale. Tabellen viser ingen oversikt over når diagnostiseringen har oppstått, men medisinerer er en pekepinn på diagnostisering og utviklingen av diagnostisering blant kjønnene.



Figur 2: Prosentandel av innbyggere som minimum mottok et sentralstimulerende legemiddel for ADHD, fordelt etter kjønn og alder (Ørstavik et al., 2016:28)

Et kjennetegn ved ADHD er komorbiditet (Holthe, 2017). Altså å være diagnostisert med mer enn en diagnose. En potensiell konsekvens av å ha ADHD er at en opplever vansker og utfordringer på ulike områder i livet og i samfunnet (Ørstavik et al., 2016). Disse utfordringene kan resultere i andre diagnoser. De mest vanlige tilleggsdiagnosene, kombinert med ADHD, er «spesifikke lærevansker, atferdsforstyrrelser, angstlidelser og depresjon» (Ørstavik et al., 2016:13) Kvinner som er diagnostisert med ADHD har en høyere risiko for å oppleve angst og depresjon, samtidig som 13 prosent av alle tilfeller hos kvinner som opplever bipolare lidelser kan knyttes til ADHD-diagnosen (Hagerup, 2018). Sannsynlighet for kormorbide lidelser blir minimert ved tidlig diagnostisering og medisinerings (Holthe, 2017), noe som gjør det viktig å oppdage barn og voksne med ADHD så tidlig som mulig.

3. SOSIOLOGISK TEORI

3.1 Kjønn som en sosialt konstruert prosess

Samfunnsvitenskapen har i flere tiår diskutert og forsket på kjønn og forståelsen av kjønn. Solbrække & Aarseth (2014:63-63) trekker frem tre hovedårsaker til hvorfor kjønn har en sentral plass innenfor samfunnsvitenskapen. For det første skal det være med på å forklare hvordan det biologiske kjønn har en påvirkning på interaksjonen og samhandlingen som oppstår mellom mennesker. Videre skal kjønnsforskningen bidra til en kritisk refleksjon tilknyttet den hierarkiske organiseringen av kjønn i samfunnet. For det tredje skal samfunnsvitenskapen bidra til en synliggjøring av hvordan undertrykking og makt henger sammen med kjønn. For denne oppgaven er det det første perspektivet som har størst relevans: Hvordan ADHD-diagnosen hos jenter og kvinner kan knyttes opp til samhandling, interaksjon og forventninger til det spesifikke kjønn. To teorier som nå skal belyse dette er Judith Butlers teori om kjønn som performativitet, og Candace West & Don Zimmermans teori om doing gender. Disse to teoriene har en sammenheng med rolleteorien. Rolleteorien vektlegger hvordan en via ulike opplevelser og beskjeder i løpet av livet, danner en tanke om hvilken atferd det er akseptert at en skal ha i den spesifikke rollen (West & Zimmerman, 1987). Ifølge rolleteorien er dermed hvordan jenter og gutter og kvinner og menn skal handle, ikke utelukkende medfødt, men heller noe som oppstår gjennom interaksjon og erfaring.

3.1.1 Judith Butler og performativitetsteorien

Judith Butlers teori om performativitet tar for seg hvordan kjønn i utgangspunktet er en binær forskjell mellom mann og kvinne (Butler, 2011), og videre hvordan denne forskjellen henger sammen med kultur, samfunn og performativitet. To viktige distinksjoner i denne teorien er «sex» og «gender». «Sex» som det biologiske kjønn og «gender» som det sosiale kjønn. Det biologiske kjønn handler om de fysiske forskjellene og forutsetningene kvinner og menn har. Det sosiale kjønn handler om kjønnsforventninger og hvordan en skal opptre som kvinne og mann (Butler, 2011:4). Selve begrepet «performativitet» er relatert til det sosiale kjønn. Det handler om at kjønn er noe vi presenterer gjennom opptredener basert på de kulturelle og normative forventningene (Butler, 2020:44). Selve kjønn er dermed ingen ekte sannhet, men heller et resultat av flere repeterende opptredener tilknyttet hva det vil si å være kvinne og mann, noe som vil si at kjønn er sosialt konstruert gjennom interaksjon og samhandling (Butler, 2020).

Butler argumenterer videre for at ethvert individ som ikke oppfyller disse kjønnede forventningene relatert til sitt biologiske kjønn, kan bli sett på som anormale (Butler, 2020).

3.1.2. West & Zimmerman og doing gender

En annen teori som ser på kjønn som interaksjonistisk og sosialt konstruert, er teorien om doing gender av Candace West og Don Zimmerman (1987). Teorien ønsker å vise hvordan kjønn er noe som er formet av rutiner og generaliserte ideer om det spesifikke kjønnnet. Kjønn kan dermed sees på som en presentasjon vi som mennesker gjør gjennom interaksjon og samhandling (West & Zimmerman, 1987). Basert på kjønnnet og ens reproduktive funksjon, skal en som individ utføre handlinger påvirket av de normene som finnes relatert til atferden til kjønnnet (West & Zimmerman, 1987). Blant annet er disse forventningene og normene tilknyttet det maskuline og det feminine. I teorien blir det videre poengtert hvordan individer kan mislykkes med å presentere kjønnnet sitt (West & Zimmerman, 1987). Hvis dette skjer, blir individer i stor grad holdt ansvarlig, selv om det kan være strukturelle eller institusjonelle årsaker til hvorfor en ikke lykkes i å presentere kjønnnet på korrekt vis. I tillegg er teorien med på å gi innsyn i hvordan samfunnets forventninger og samfunnets institusjoner skaper en orden og en distinksjon mellom kvinner og menn basert på de lærte kjønnsforventningene (West & Zimmerman, 1987). Et relevant spørsmål for denne studien, er hvordan denne distinksjonen kan sees i relasjon med ADHD-diagnosen. Ideen om at ADHD er en diagnose som rammer gutter og ikke jenter (Holthe, 2017), synliggjør hvordan det er en kjønnsdistinksjon knyttet til spesifikke diagnoser. Et videre spørsmål er hvordan denne tankegangen om at ADHD er en guttediagnose, preger jenter og kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose.

På samme måte som Butlers teori, skiller West & Zimmerman mellom «sex» og «gender», men i tillegg inkluderer de en siste kategori, «sex-category». For West og Zimmerman er det viktig å illustrere hvordan disse ulike perspektivene på kjønn henger sammen. Sex er det biologiske kjønnnet basert på eksempelvis kjønnsorgan eller kromosom (West & Zimmerman, 1987:127). Gender er det sosiale kjønnnet, altså hvordan en handler basert på normative forestillinger tilknyttet det biologiske kjønnnet (West & Zimmerman, 1987:127). «Sex-category», eller kjønnskategori, handler om at en på bakgrunn av det biologiske kjønnnet blir plassert innenfor kategorien «kvinne» eller «mann» (West & Zimmerman, 1987:127). Kjønnskategorien påvirker videre det sosiale kjønnnet. Et individ innenfor kjønnskategorien «kvinne» bør eksempelvis

fremstå på en slik måte som forsterker tilhørigheten i den kvinnelige kjønnskategorien. Likevel må ikke det biologiske kjønn og kjønnskategorien utelukkende stemme overens. Det vil altså si at en biologisk født kvinne både kan tilhøre kjønnskategorien «kvinne» eller «mann» (West & Zimmerman, 1987). Om det er slik at biologisk fødte kvinner kan forsterke en tilhørighet i den mannlige kjønnskategorien ved å ha flere maskuline egenskaper, er et spørsmål som må stilles. I tillegg kan det diskuteres om en kvinne med delvis tilhørighet i den mannlige kjønnskategorien, vil kjenne på en følelse av å være mindre feminin.

3.2. Femininitet

I teorien om doing gender av West & Zimmerman ble det poengtert hvordan kjønnsforventningene og distinksjonen mellom kvinne og mann, er knyttet opp til det feminine og maskuline. Det er forventet at jenter og kvinner skal opptre feminint, mens gutter og menn skal opptre maskulint. Spørsmålet er derimot hva det vil si å være feminin og maskulin. Drydakis et al. (2017) kategoriserer blant annet flere feminine og maskuline egenskaper. Femininitet er knyttet til mye empati, medfølelse, sensitivitet, lojalitet, vennlighet, å være snill og rolig, og å vise mye omsorg for andre (Drydakis et al., 2017:622-624). Maskulinitet er egenskaper som handler om å være sterk, ambisiøs, selvopptatt, autoritær, dominerende, aggressiv, energisk, kompetitiv, impulsiv, og med en høy grad av selvtillit (Drydakis et al., 2017:622-627). Inndelingen av feminine og maskuline egenskaper, kan føre til at kvinner som har flere av de maskuline egenskapene, blir sett på som guttete jenter eller maskuline kvinner (Drydakis et al., 2017). I tillegg trekker Vogt (2018:178) frem hvordan en tradisjonelt sett ser på jenter som «passive, stille og konformistiske», mens gutter er mer «aktive, bråkete og i opposisjon med skolens verdier». Basert på disse feminine og maskuline egenskapene, ser vi hvordan symptomene på ADHD lettere kan knyttes opp til de maskuline egenskapene. Kan en konsekvens av dette, være at de normative kjønnsforventningene tilknyttet jenter og kvinner kan oppleves som en motsats til ADHD-symptomene?

3.3. Feminisering og modernisering av skolen

De siste tiårene har pekt på en feminisering av skolen (Vogt, 2018). Feminiseringen vil si at skolen har blitt kritisert for å tilnærme seg jenter i større grad enn gutter. En av årsakene er at det i dag er flere kvinnelige lærere i grunnskolen, noe som gjør at kvinnelige og feminine verdier

og egenskaper er dominerende i skolen (Nielsen, 2014). De kravene som vi nå finner i skolen, blir dermed sett på som krav som er mer naturlig iboende hos jenter. Eksempelvis høy grad av konsentrasjon og oppmerksomhet, å kunne beherske sittestillende arbeid, å klare å være rolig over flere timer, og gode samarbeidsevner (Nielsen, 2014:21).

Likevel har det for flere ikke foregått enn feminisering, men heller en modernisering av skolen (Sandnes, 2009). Det finnes flere trekk ved skolens organisering som kan sies å være mer tilrettelagt for rolige (jenter) og teoretisk flinke elever, men dette skyldes heller enn modernisering enn feminisering. Moderniseringen kan knyttes opp til læreplanutvikling. Siden 2000 har det skjedd flere store utdanningspolitiske føringer, som har hatt konsekvenser for elevenes skolegang. Blant annet gjennom Kunnskapsløftet som kom i 2006. Kunnskapsløftet var et resultat av at norske elever hadde prestert middelmådig på internasjonale kåringer (Hovdenak & Stray, 2015). Et resultat av middelmådigheten var at det skulle bli større fokus på resultatstyring i skolen, med økt vektlegging på karakterer, tester og grunnleggende ferdigheter (Hovdenak & Stray, 2015; Djupedal & Korshavn, 2016:91). Et relevant spørsmål er om disse endringene har hatt noen konsekvenser for elever med ADHD. DuPaul & Langberg (2015) skriver blant annet hvordan en teoretisering av skolen, kan være problematisk for elever med ADHD-lignende symptomer, fordi elever med ADHD oftere har utfordringer med å oppnå god nok kompetanse i lesing, matte, staving og skriving (DuPaul & Langberg, 2015:185). Dermed er det mulig å diskutere om det er slik at feminiseringen/moderniseringen av skolen siden 2000-tallet, har hatt uheldige konsekvenser på skolehverdagen til elever med diagnostisert og udiagnostisert ADHD.

3.4. De glemte forskjellene – forskjeller innad i kjønnnet

Et aspekt ved teorien om doing gender, er at distinksjonen mellom kvinne og mann skaper en sosial orden som blir sett på som absolutt. En utfordring med denne absolutte distinksjonen er at vi kan glemme de forskjellene som finnes innad i kjønnene. Altså forskjellene mellom kvinner og kvinner og menn og menn. Eksempelvis ble det presentert i innledningen en dualistisk forståelse av hvilke diagnoser som rammer jenter og gutter: Det er forventet at jenter skal ha internaliserende vansker, slik som angst, mens gutter skal ha eksternaliserende vansker, slik som ADHD (NOU, 2019).

Kristoffer Chelsom Vogt er en sosiolog som har problematisert det ensidige fokuset på kjønnsforskjeller, hvor vi glemmer forskjeller innad i kjønnnet. I artikkelen «Svartmaling av gutter» (2018) presenterer Vogt hvordan samfunnet i dag har en tendens til å svartmale gutter. Gutter er i størst grad representert på de negative statistikkene, og kommer dårligst ut i både skole og arbeid. En utfordring med feminiseringen/moderniseringen av skolen, presentert i delkapittelet over, er at vi fort kan få en tankegang om at jenter mestrer skolen i større grad enn gutter. Dette gjør at vi gjennom skoleprestasjoner kan overse variasjonen som finnes innad i kjønnnet (Vogt, 2018). En konsekvens av å fremstille jentene som vinnerne i skolen, og guttene som «skoletaperne», er at vi neglisjerer de jentene som ikke mestrer skolen (Vogt, 2018). Til slutt ender vi dermed opp med å overse de jentene som sliter med de samme utfordringene som guttene. Tanken om skolen som et «gutteproblem» blir tydeliggjort ved at gutter oftere får spesialundervisning, samtidig som det er forsket på at lærere retter fokuset mot guttene i klassen når en undervisning skal tilpasses, mens jentene «bare er der» i klasserommet (Nielsen, 2014:15).

En årsak til hvorfor jentene ikke er like synliggjort i spesialundervisningen og den tilpassede undervisningen, kan være at jenter i større grad er tilpasningsdyktige, konformistiske og oftere retter utfordringer og problemer innover (Vogt, 2018:188). Disse utfordringene som jentene opplever, vil derfor ikke være synlig for lærere, da jentene ønsker å skjule aktuelle problematikker. Tilpasningsdyktigheten kan føre til gode karakterer, men samtidig stiller Vogt (2018:188) et spørsmål som har relevans for oppgavens problemstilling: Kan tilpasningsdyktigheten føre til en økt sannsynlighet for at symptomer, diagnoser og sykdom vil oppstå?

3.5. Teoriens bidrag

De forskjellige teoretiske innfallsvinklene vil på ulikt vis være med på å gi innsikt i hvordan jenter og kvinner erfarer å ha ADHD. Analysen vil være noe preget av den dualistiske forståelsen av kjønn, hvor jeg skiller mellom jenter og gutter og kvinner og menn. Teoriene om kjønn fra Butler og West & Zimmerman, vil være med på å illustrere hvordan det eksisterer noen normative og kjønnete forventninger til jenter og kvinners atferd. I tillegg vil kjønn som en presentasjon og opptreden (jf. West & Zimmerman, 1987; Butler, 2020), ha en sentral plass

i analysen. For å kunne presentere kjønnet sitt på «korrekt» vis, må forventningene innfris, noe som kan oppleves som utfordrende for jenter og kvinner med ADHD.

Videre vil poenget fra Butlers performativitetsteori om at jenter og kvinner som ikke handler på en korrekt måte vil bli sett på som anormale, være med på å belyse flere av informantenes erfaringer. Fra West & Zimmermans teori om «doing gender» vil begrepet «sex-category», maskulinitet og femininitet, være relevant. Knyttet opp til feminitet og maskulinitet, vil det bli analysert og diskutert hvordan de feminine egenskapene kan oppleves som stridende til ADHD-diagnosen, og videre hvordan jenter med mer maskuline egenskaper kan oppfattes som mer «guttejenter». I tillegg vil konformitet og tilpasningsdyktighet som feminine egenskaper, bli vektlagt i analysen og diskusjonen.

Fra kapittelet om feminisering/modernisering av skolen vil det bli diskutert om endringene i skolens organisering, kan ha gjort det mer utfordrende for jenter med ADHD å erfare gode skoleopplevelser. Fra «de glemte forskjellene» vil det bli belyst hvordan jenter som opplever utfordringer i skolen, ofte blir glemt. Dette kan skyldes en manglende forståelse for at jenter kan oppleve utfordringer, og samtidig hvordan jenter i stor grad er konformistiske og holder utfordringer for seg selv. I tillegg vil det bli diskutert hvordan ADHD-diagnosen gjør at individer i stor grad holdes ansvarlig for større strukturelle og institusjonelle utfordringer, noe West & Zimmermans (1987) teori vektla. Ansvarliggjøring av individer er i tråd med perspektivet som ser på ADHD-diagnosen som sosialt konstruert, noe som ble presentert i innledningkapittelet. Det er også viktig å påpeke at teorikapittelet om ADHD-diagnosen har relevans for analysekapittelet. Den teoretiske innføringen i ADHD-diagnosen, gjør det mulig å få en større forståelse for hva som kjennetegner personer med ADHD og hvordan det er å leve med diagnosen.

4. METODE OG GJENNOMFØRING

4.1. Vitenskapsteoretisk posisjonering

Min vitenskapsteoretiske posisjonering er inspirert av fenomenologien kombinert med en postmoderne tanke. I en fenomenologisk tilnærming er det ønskelig å forstå et sosialt fenomen, slik som ADHD, ut ifra informantenes forståelser. (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet er å få innblikk i ulike erfaringer av et fenomen, uten at forskeren er for mye påvirket av forutinntatte oppfatninger om fenomenet. Det er umulig å gå inn i et forskningsprosjekt helt nøytral og objektiv, men forkunnskapene mine skal prege forskningen i minst mulig grad. Dermed ønsket jeg å gå inn i denne studien med en nysgjerrighet og åpenhet, selv om jeg har forkunnskaper om ADHD og har opparbeidet meg noen tanker rundt diagnosen. Min tilnærming til diagnosen ble presentert i kapittel 1.2.1. Den postmoderne tankegangen mener kunnskap oppstår mellom mennesker og gjennom relasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet med denne studien var å få innsikt i unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose, gjennom dybdeintervju som samtale. Dermed skape kunnskap gjennom samtale og relasjoner. Denne postmoderne tanken har videre hatt en påvirkning på min interesse for den sosialkonstruktivistiske tradisjonen, hvor det blir vektlagt at individers virkelighetsoppfatning er et resultat av blant annet relasjoner og interaksjon (Tjora, 2017).

4.2. Prosjektets bakgrunn

Hensikten med denne studien og prosjektets bakgrunn består av flere årsaker. For det første har jeg erfart mangelfull forskning på hvordan det er for jenter og unge kvinner å ha ADHD, da min opplevelse er at det meste av forskningen er basert på gutter og menns opplevelser med diagnosen. Jeg ønsker dermed å bidra til en kompetanseheving tilknyttet jenter og kvinners erfaringer med ADHD, samtidig som jeg ønsker å jevne ut noe av kjønnsforskjellene innenfor ADHD-forskning. Kompetansehevingen gjelder både kompetanse om hvordan det oppleves for jenter og unge kvinner å ha ADHD, men òg en kompetanseheving relatert til hvilke konsekvenser det kan ha for individer å ikke bli diagnostisert tidlig nok. Spesielt med tanke på komorbiditet, medisiner og skolegang. For det andre er valget av tematikken relevant for min utdanning og mitt fremtidige yrke. Gjennom lektorutdanningen har jeg erfart hvordan praksisveiledere har fortalt meg om jenter med ADHD i klasserommet, men hvor jeg har fått beskjed om at de som regel ikke trenger mye tilrettelegging. For meg har dette vært problematisk, da jeg samtidig har opplevd hvordan gutter med ADHD i større grad har fått

tilpasninger og den hjelpen som er nødvendig for at de skal mestre skolen. Dermed ønsker jeg å øke fokuset på jenter med ADHD i skolen, og øke forståelsen for at de også trenger å bli sett og få tilrettelegging og hjelp, selv om symptomene ikke nødvendigvis er like synlige som hos guttene. For det tredje hadde jeg fra starten av prosjektet et ønske om å utvikle noen begreper som kan benyttes for andre diagnoser, hvor kjønn og kjønnsforventninger er relevant. Eksempelvis slik som internaliserende vansker som angst eller depresjon hos gutter (jf. NOU, 2019).

4.3. Teorien og empiriens rolle i forskningsarbeidet

Dette forskningsprosjektet har blitt preget av en abduktiv tilnærming. Det vil si at forskningsprosjektet har tatt utgangspunkt i empirien fra intervjuene, men har godtatt den betydningen som allerede eksisterende teorier og perspektiver har hatt gjennom forskning- og skriveprosessen (Tjora, 2017). Ved å ha en abduktiv tilnærming til forskningen, ble forskningen en kreativ prosess hvor intensjonen ble å utvikle nye teorier eller konsepter basert på funnene fra empirien (Tavory & Timmermans, 2014). Å ha fokus på empirien under innsamlingen og bearbeidingen av data, var viktig for å ikke bli blendet av forkunnskaper tilknyttet tematikken, og for å åpne opp for den kreativiteten som den abduktive tilnærmingen vektlegger. Likevel er det vanskelig som forsker å ikke være påvirket av tidligere erfaringer eller teoretiske forkunnskaper. Bacheloroppgaven min handlet òg om jenter med ADHD. Dermed har jeg kjennskap til feltet og har tidligere intervjuet flere jenter med ADHD. Dette kan ha påvirket innsamlingsprosessen. Bacheloroppgaven vektla derimot skolegang, åpenhet og Erving Goffmans teori om stigma. Disse perspektivene og teoriene vil ikke prege denne oppgaven i like stor grad. I tillegg er de sosiologiske teoriene som skal anvendes i denne oppgaven, teorier jeg hadde kjennskap til fra før av. Dette kan ha hatt en betydning for utformingen av intervjuet og hvordan bearbeidingen av dataen ble utført. Imidlertid er det en styrke at jeg gjennom studien har vært bevisst på hvordan mine erfaringer og teoretiske forkunnskaper kan ha hatt en innvirkning på forskningen, da dette kan bidra til transparens (Tjora, 2017). Transparens vil videre bli diskutert i kapittel 4.8 om dataens kvalitet.

4.4. Dybdeintervju og samtale som forskning

Målet med denne studien var å få innsikt i erfaringene til unge kvinner med ADHD. Med bakgrunn i dette, var det kvalitativ forskning med dybdeintervju som metode som virket mest hensiktsmessig. Gjennom dybdeintervjuene var det mulig å få tilgang til informantenes holdninger, tanker og verdier (Silverman, 2017). Samtidig som kunnskap ble konstruert gjennom interaksjon mellom informanten og meg som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Tanken om at mening og kunnskap skapes gjennom interaksjon og samhandling, er sentralt innenfor den postmoderne tanken og den symbolske interaksjonismen som dybdeintervjuet bygger på (Korsnes et al., 1997). Videre ville det å benytte seg av åpne spørsmål i løpet av intervjuet, føre til en større sannsynlighet for at informantenes svar var begrunnet og reflektert over, sammenlignet med hvis det hadde blitt utført kvantitative undersøkelser med flere lukkede spørsmål (Silverman, 2017). I tillegg var dybdeintervju fordelaktig når jeg ønsket å få innblikk i hvordan informantene hadde opplevd spesifikke endringer i livene sine (Tjora, 2017). I dette tilfellet hvordan informantene hadde opplevd å bli diagnostisert med ADHD.

Ved å utføre dybdeintervju kunne jeg skape en situasjon hvor fri samtale var sentralt (Tjora, 2017), noe som var målet med den veiledende intervjuguiden og det semistrukturerte intervjuet som ble utført. Intervjuguiden i et semistrukturert intervju skal oppleves mer som en huskeliste over de tematikkene jeg som forsker ønsker å være innom, heller enn en slavisk oppskrift (Malterud, 2017). Hvordan eller når de ulike tematikkene ble tatt opp, var avhengig av hva informantene svarte på de ulike spørsmålene, og hva som ble trukket frem. Gjennom denne typen intervju, fikk informantene derfor mulighet til å fortelle om det de synes var relevant for spørsmålene som ble stilt. Samtidig fikk jeg innblikk i aspekter ved de unge kvinnes liv med ADHD som jeg på forhånd ikke hadde tenkt over at kunne være sentralt for studien. Dette gjaldt spesielt konsekvensene av sendiagnostisering, som flere av informantene var innom. Tjora (2017) påpeker nettopp hvordan en av forutsetningene for å lykkes med dybdeintervjuer er at jeg som intervjuer legger til rette for at informantene opplever det som trygt å snakke åpent om personlige erfaringer, hvor digresjoner og fortellinger fra informantenes liv blir satt pris på.

4.4.1. Dybdeintervjuets kvalitet

Dybdeintervju som metode har ved flere anledninger blitt kritisert. Eksempelvis beskriver Paul Atkinson (2015) hvordan intervjuene kan oppfattes som en metodisk latskap. Ifølge Atkinson fratar de kvalitative intervjuene oss muligheten til å undersøke flere aspekter ved informantens virkelighet og hverdagsliv, og vi som forskere får heller ikke innblikk i de ulike teknikkene som informantene bruker for å løse ulike oppgaver i hverdagen. Videre påpeker David Silverman (2017) hvordan forskerens tolkning av det informantene sier kan være problematisk, samt det selektive utvalget av sitater som i stor grad gjøres. Forskeren har ofte opparbeidet noen oppfatninger eller tolkninger fra tidligere intervju eller erfaringer, som kan påvirke utvalget av sitater eller hvordan en som forsker velger å tolke svarene til informantene. Dette kan svekke studien, da resultatene som blir presentert ikke nødvendigvis stemmer overens med det informantene har ønsket å formidle. I tillegg kan et problematisk aspekt ved dybdeintervjuer være at informantene i flere tilfeller kan svare på spørsmålene basert på det de tror vi som intervjuere ønsker som svar (Tjora, 2017). Informantenes svar kan eksempelvis ha vært påvirket av ledende spørsmål, eller ulike visuelle og muntlige oppmuntringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Likevel påpeker Kvale & Brinkmann (2009) hvordan ledende spørsmål kan være beleilig når en ønsker å sjekke informantenes reliabilitet, og for å verifisere de tolkningen en har gjort.

Til tross for kritikken rettet mot dybdeintervjuet, så jeg dybdeintervju som mest egnet til mitt formål. Jeg som intervjuer har en sentral rolle med tanke på kvaliteten på intervjuene. I løpet av intervjuene måtte jeg ta flere valg relatert til hva det skulle spørres om, hvordan det skulle spørres, og hvordan de ulike svarene skulle tolkes (Kvale & Brinkmann, 2009). Dermed kunne jeg utføre intervjuene på en slik måte som var med på å øke kvaliteten, og jeg kunne styre unna spørsmål eller tolkninger som kunne svekket kvaliteten. Kvaliteten ble økt ved å eksempelvis å gi informantene innblikk i oppsettet av intervjuet og hva som var formålet med studien, stille spørsmål som omhandlet hvorfor informantene hadde de refleksjonene og tankene som de hadde, og unngå å bruke ledende spørsmål for å få de svarene jeg som forsker ønsket (Silverman, 2017). I tillegg peker Tjora (2017) på hvordan tillit mellom forsker og informant er essensielt for kvaliteten på intervjuet når det skal forskes på sensitive tematikker. Jeg brukte derfor noen minutter på starten av intervjuet til å forklare at det var valgfritt å svare på de spørsmålene jeg stilte, og at det var opp til informantene hva de ønsket å dele og ikke. Samtidig presiserte jeg hvordan jeg var interessert i å lære mest mulig av informantene og at alt av informasjon, refleksjoner og tanker som ble delt, ble satt pris på.

4.5. Utvalg

For å belyse problemstillingen, hadde jeg noen utvalgsriterier. Utvalgsriteriene var at de unge kvinnene måtte være mellom 18 og 26 år og være diagnostisert med ADHD. Jeg ville at informantene skulle være mellom 18 og 26 år fordi jeg ønsket å få innblikk i hvordan det er, og har vært, å være ungdom og/eller ung voksen med ADHD. I tillegg ønsket jeg ikke at fokuset skulle være på barn og familieliv, men heller på de unge kvinnenes eget liv og skolegang. Det var ingen kriterier tilknyttet hvor lenge de hadde vært diagnostisert eller om de gikk på medisiner. Begrunnelsen for dette, var at jeg så på det som interessant og viktig å få innsyn i de som har hatt diagnosen i mange år i tillegg til de som nettopp har fått diagnosen. Slik jeg så det, ville det å intervju individer som har hatt diagnosen i lengre tid og kort tid, gjøre det mulig å få en forståelse av positive og negative konsekvenser av diagnostisering. Siden alle informantene er mellom 18 og 26 år har jeg valgt å definere de som «unge kvinner». Likevel vil analysen snakke om «jenter» og «kvinner». Dette er fordi analysekapittelet fokuserer på hele livet til informantene, fra de var yngre jenter til de har blitt eldre og kvinner. Hvor informantene bodde, hadde ingen betydning da de fleste intervjuene ble utført over telefon eller over Zoom. Et resultat av dette er at jeg har fått snakket med informanter fra helt nord til helt sør i Norge.

Gjennom transkriberingen og i oppgaven er alle informantene anonymisert. Anonymiseringen vil si at informantene har fått fiktive navn. I tabellen under er det en presentasjon av pseudonymene med deres alder, hvor gamle de var ved diagnostisering og hva de har svart på spørsmålet «Hvis du skulle beskrevet deg selv med tre ord, hva skulle det vært». Svaret på dette spørsmålet ønsker jeg å presentere, da det gjør det mulig å få et inntrykk av de unge kvinnene, uten at det går utover anonymiseringen. I tillegg er det med på å tydeliggjøre at det er faktiske personers erfaringer og liv som vil bli presentert, analysert og diskutert senere i oppgaven.

	Alder	Alder ved diagnostisering	«Beskriv deg selv med tre ord»
«Charlotte»	23 år	19 år	Realistisk, kreativ og spontan
«Rita»	26 år	24 år	Kreativ, empatisk og positiv
«Karen»	21 år	18 år	Humor, vimsete og glad
«Pernille»	21 år	20 år	Uredd, ambisiøs og hyper
«Silje»	21 år	20 år	Kreativ, merkelig og spontan
«Trine»	18 år	12/13 år	Kreativ, glad og omsorgsfull
«Astrid»	20 år	15/16 år	Positiv og kreativ
«Nina»	21 år	19 år	Kreativ, ja-menneske og utålmodig

«Åse»	23 år	5/6 år	Kreativ, snill og omtenkksom
«Hanne»	23 år	23 år	Glad, spontan og bestemt
«Julie»	18 år	17 år	Kreativ, snill og omtenkksom
«Live»	22 år	19 år	Vimsete og lojal
«Bente»	25 år	24 år	Utadvendt, mye og stort sett godt humør
«Malin»	24 år	23 år	Utadvendt, spontan og prater før jeg tenker

Figur 3: Oversikt over informanter

4.5.1. Rekruttering

Rekrutteringsprosessen av informanter foregikk på tre ulike måter. De to første informantene ble rekruttert ved å ta direkte kontakt med dem, eller med venner av meg som jeg visste hadde kjennskap til personer som kunne være aktuelle for studien. Utfordringen med denne formen for rekruttering er at informantene ikke var totalt ukjente for meg. Dette kan ha ført til at disse to informantene kan ha hatt vanskeligheter med å være fullstendig åpne på sensitive og utfordrende spørsmål, da de ikke ønsker å dele dette med en som har kjennskap til de fra før av (Kvale & Brinkmann, 2009). Likevel er det her viktig å presisere at dette er to personer som jeg ikke har kontakt med til vanlig.

De resterende informantene ble kontaktet gjennom lokallag eller fylkeslag fra ADHD-Norge, eller via sosiale medier. Å nå ut til informanter via lokallag eller fylkeslag var mer tidkrevende enn de andre metodene, da det tok flere uker før jeg fikk svar fra lokallagene og aktuelle informanter. I mailene som ble sendt til ADHD-Norges lokallag og fylkeslag ble det gitt informasjon om oppgaven og informasjonsskrivet ble delt. Noen av mottakerne valgte å videresende denne mailen til medlemmene sine. Medlemmene fra fylkeslagene, tok deretter kontakt med meg hvis de ønsket å stille til intervju. På grunn av personvern vil det ikke bli oppgitt hvilke fylkeslag og lokallag informantene kommer fra.

Gjennom sosiale medier ble største delen av informantene rekruttert. Jeg oppdaget en åpen instagramkonto som var rettet mot den målgruppen jeg søkte til forskningsprosjektet. Denne kontoen sendte jeg en melding til og lurte på om de ønsket å være behjelpelig i rekrutteringsprosessen. Jeg forklarte hva jeg skulle forske på og hvem jeg ønsket å komme i kontakt med. Deretter ble meldingen jeg sendte, publisert på både deres instagramkonto og

facebookside. Flere av de unge kvinnene tok kontakt med meg i løpet av et par dager etter å ha sett innlegget på instagram eller facebook. Ved å rekruttere informanter på disse tre måtene, var det mulig for meg å nå ut til mange unge kvinner mellom 18 og 26 år som var diagnostisert med ADHD.

4.6. Datainnsamling

4.6.1. Intervjuguide

Alle intervjuene tok utgangspunkt i den samme intervjuguiden (se vedlegg 2). Intervjuene startet med at jeg gjennomgikk hva som var planen for intervjuet, hvordan informantene gjennom hele prosessen skal være anonymisert, at deltakelse er valgfritt, og hva formålet med intervjuet og studien var. I tillegg ga jeg rom for at informantene kunne stille spørsmål til meg før intervjuet startet. I selve intervjuet, var det først noen oppvarmingsspørsmål hvor informantene fikk fortelle om seg selv og det de synes var relevant. Deretter var det spørsmål tilknyttet fire overordnede tematikker: ADHD-diagnosen, ADHD-diagnosens påvirkning og hverdagen, ADHD-diagnosen hos jenter, og ADHD-diagnosen i skolen. Hvert av intervjuene varierte med tanke på oppbygning, da målet med det semistrukturerte intervjuet var at intervjuguiden skulle være veiledende og en huskeliste (Malterud, 2017). Jeg opplevde dermed intervjuene mer som en fri samtale hvor erfaringer og refleksjoner ble utvekslet. Avslutningsvis var det noen oppsummeringss spørsmål hvor jeg blant annet fikk innsikt i hvorfor informantene ønsket å stille til intervju, og informantene fikk anledning å trekke frem ting som de ønsket å fortelle som jeg ikke hadde spurt om tidligere.

4.6.2. Gjennomføring av dybdeintervju

Totalt ble det utført 14 intervjuer. Et intervju ble gjennomført fysisk, seks intervju ble gjennomført over telefon, og syv intervju ble gjennomført over Zoom. Informantene fikk selv mulighet til å velge om de ønsket å ha intervjuene fysisk, over telefon eller over Zoom. Hvert av intervjuene varte fra 30 til 80 minutter. De første intervjuene var lengre, da jeg ikke hadde fått snevret inn problemstillingen slik som jeg hadde på de siste intervjuene. På de siste intervjuene var det enklere å spørre mer spesifikt om spørsmål relatert til den aktuelle problemstillingen, og jeg kunne luke ut spørsmål som jeg ikke lengre så på som relevant. Alle intervjuene ble utført i løpet av tre uker. Det å gjennomføre alle intervjuene innenfor en kort

tidsramme hvor jeg hadde hovedfokus på intervju og transkribering disse ukene, gjorde at jeg kjente på en trygghet tilknyttet intervjuguiden. Under alle intervjuene ble det tatt lydopptak. Ved å bruke lydopptaker var min oppmerksomhet viet til informantene, siden jeg ikke behøvde å notere underveis i intervjuet. I tillegg kunne en stor grad av notatskriving underveis ha ført til mindre flyt i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2009). Før hvert intervju ble informantene spurt om de samtykket til at intervjuet ble tatt opp. Dette samtykket alle til. I tillegg hadde informantene på forhånd fått et informasjonsskriv hvor det stod hvordan opptakenes skulle oppbevares, hva lydopptakene skulle brukes til, og personvern og anonymisering tilknyttet lydopptakene.

Det er både fordeler og ulemper med de ulike formene for intervju. Tjora (2017) påpeker hvordan det er en stor fordel å utføre intervjuene fysisk, og at dette i stor grad bør foretrekkes. Dette merket jeg, da det fysiske intervjuet inneholdt størst grad av fri flyt og fri samtale. For meg opplevdes det enklere å spille videre på de refleksjonene og utsagnene informanten kom med. I tillegg ble det en naturlig samtale både i forkant og etterkant av intervjuet. Samtalene var med på å bygge opp tillit mellom meg og informanten. Her er det samtidig relevant å påpeke at intervjuprosessen ble påvirket av Covid-19. Noen av intervjuene kunne foregått fysisk, men på bakgrunn av restriksjonene tilknyttet Covid-19, ble det tatt avgjørelser om at det var mest hensiktsmessig å ta det over telefon eller Zoom.

Fordelen med intervjuene over telefon og Zoom var at jeg ikke var begrenset til tid og sted, og kunne ha kontakt med informanter fra hele Norge. Rekrutteringsprosessen ble på grunn av dette enklere. En annen form for rekruttering kunne vært å henge opp lapper på campuser i Trondheim. Hadde jeg brukt denne rekrutteringsformen, ville det vært en sannsynlighet for at alle informantene var studenter og var i noe av den samme livssituasjonen, noe som kunne ha svekket utvalget og representasjonen. Videre var to andre fordeler med intervjuene over Zoom og telefon, at det kan ha bidratt til en økt følelse av anonymitet hos informantene (Tjora, 2017). I tillegg kan en fordel ha vært at informantene ikke så lydopptakeren. For noen informanter kunne det å se lydopptakeren ha vært stressende og ført til en utrygghet (Tjora, 2017).

Det finnes flere ulemper ved å utføre flere intervju over telefon. Jeg som intervjuer opplevde utfordringer med å bruke kroppsspråket mitt for å respondere på det informantene fortalte (Tjora, 2017). Dette var et problem, da jeg ikke kunne vise med kroppsspråk at informantene skulle fortsette å snakke videre om det de fortalte. Likevel kan mangelfullt kroppsspråk være en styrke, fordi det fører til en mindre sannsynlighet for at informantene svarer det de tror jeg ønsker de skal svare basert på mitt kroppsspråk (Tjora, 2017). Videre så jeg det som vanskelig under telefonintervjuene å betrygge informantene om at det de fortalte var viktig for meg og ble satt pris på, da eksempelvis smil ble fjernet. I tillegg ble jeg usikker på hvem personen bak telefon egentlig var (Tjora, 2017), noe jeg kan se for meg at informantene også kjente på.

Det var heldigvis ikke like store utfordringer tilknyttet intervjuene over Zoom. Informantene så mitt ansikt og jeg så deres. Dette gjorde det mulig å bygge videre på blant annet ansiktsmimikk og nikk. I tillegg var ikke lydopptakeren synlig for informantene, noe som kan ha vært med på å trygge situasjonen for informantene (Tjora, 2017). Samtidig har digitale plattformer, slik som Zoom, blitt bruk mye mer hyppig det siste året enn tidligere. Sammenlignet med før Covid-19, kan dermed dybdeintervju over Zoom være en mindre ukjent og utrygg situasjon nå. Intervjuene over Zoom ble dermed en god løsning med tanke på Covid-19, hvilke informanter jeg ønsket å komme i kontakt med, og hvordan vi gjennom dataskjermen fikk et inntrykk av hverandre og hadde kontant selv om vi ikke var i fysisk samme rom.

4.7. Databearbeiding

Etter intervjuene foregikk transkriberingen fortløpende. De fleste intervjuene ble transkribert på en arbeidsdag. Målet med transkriberingen var at intervjuet som en samtale mellom to personer skulle bli abstrahert og konkretisert i skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2009). Fordelen med at jeg transkriberte mine egne intervjuer var at jeg til en viss grad kunne huske sinnsstemningen og andre aspekter ved det emosjonelle ved intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). Transkriberingen ble utført så detaljert som mulig. Eksempelvis ble alle «ehm», «mhm» og gjentakelser skrevet ned. Dette gjorde jeg fordi slike ord og gjentakelser kunne si noe om informantenes sikkerhet tilknyttet det som ble sagt (Tjora, 2017). Likevel er det viktig å poengtere hvordan feiltolkninger og misforståelser kan ha oppstått i transkriberingen, noe som kan ha ført til tapt informasjon. Jeg valgte å transkribere alle intervjuene på bokmål, da jeg ønsket en høy grad av anonymisering, og dialekter vil kunne avsløre stedstilhørighet. I tillegg

ble alle gjenkjennende stikkord, slik som spesifikke jobber og steder, utelukket fra transkriberingen.

Underveis i transkriberingsprosessen kodet jeg dataen. For meg ble det mest hensiktsmessig å kode samtidig som jeg transkriberte, da dette førte til at jeg kunne plukke opp interessante sitater og tematikker fortløpende. Jeg så på det som sannsynlig at jeg kunne ha oversett sentrale sitater relatert til de spesifikke kodene, hvis kodingen hadde foregått etter transkriberingen. Kodingen foregikk ved en åpen koding og deretter en aksial koding. Den åpne kodingen handlet om at jeg som forsker skulle være åpen for hva empirien handlet om, og danne koder basert på den innsamlede dataen (Tavory & Timmermans, 2014). Etter dette ble det utført en aksial koding, hvor jeg valgte ut spesifikke tematikker som empirien kunne kategoriseres i (Tavory & Timmermans, 2014). En kritikk rettet mot den aksiale kodingen, er at det skaper en forhåndsbestemt analyse og minimerer sannsynligheten for at nye konsepter kan utvikles (Tjora, 2017). I analysen vil det bli presentert noen kjennetegn/trekk knyttet til de unge kvinnenenes erfaringer som jeg har begrepsfestet. Begrepsfestingene har en sammenheng med kodene i transkriberingsarbeidet, men begrepene ble utviklet underveis i analysearbeidet og var ikke forhåndsbestemte.

De ulike kodene som ble utviklet var: Avvik og normalitet, egenskaper, forventninger til seg selv, hverdag og sosialt liv, kjønnsroller og ADHD hos jenter og gutter, lite forståelse og tilpasning, konsekvenser av sen og tidlig diagnostisering, skole, stereotypier og forventninger, tanker rundt egen diagnose, utredning og medisiner, og åpenhet. Noen av kodegruppene var påvirket av teori som jeg hadde oppdaget som aktuell for problemstillingen min. De kodegruppene som var påvirket av teori var «avvik og normalitet», «kjønnsroller og ADHD hos jenter og gutter», «konsekvenser av sen og tidlig diagnostisering», og «stereotypier og forventninger». Hver av kodegruppene hadde en fargekode relatert til seg. Underveis i transkriberingen ble relevante sitater markert med fargen til den aktuelle koden. Deretter samlet jeg alle sitatene fra en og samme kode i et felles dokument. Dette opplevdes som oversiktlig under analysearbeidet, siden jeg hadde sitater fra samme kodegruppe i samme dokument.

I tillegg til å fargekode sitatene ønsket jeg å skape en helhetlig oversikt over hvilke tanker informantene hadde rundt diagnosen og diagnostiseringen. Jeg utviklet dermed en tabell. I y-aksen var pseudonymene til informantene, mens x-aksen inneholdt tematikkene medisiner, åpenhet, syn på diagnosen, stigmatisering og sen/tidlig diagnostisering. Deretter skrev jeg ned stikkord fra hva informantene hadde sagt om disse spesifikke tematikkene. I tabellen ble det oversiktlig å se de ulike synspunktene og sammenligne informantenes erfaringer.

4.8. Dataens kvalitet

Ved å redegjøre for de ulike prosessene av forskningsprosessen, er målet å skape transparens (Tjora, 2017). Redegjøringen skal føre til at leseren selv skal kunne få et godt nok innblikk i arbeidet, slik at det er mulig å ta stilling til kvaliteten på resultatene og forskningen. Tidligere har jeg gått gjennom rekrutteringen av informanter og selve datainnsamlingen. Jeg har også beskrevet hvordan mine erfaringer og forkunnskaper kan ha påvirket prosjektet. I tillegg vil det i analysedelen av oppgaven bli presentert sitater fra intervjuene. Sitatene gjør at leseren kommer tettere på empirien, samtidig som de ikke er påvirket av mine tolkninger (Jacobsen, 2010). Disse aspektene er totalt sett med på å styrke transparensen. Jeg skal videre diskutere hvordan gyldighet, generaliseringspotensiale og pålitelighet, kan ha svekket eller styrket kvaliteten på dataen.

4.8.1. Gyldighet

En høy grad av gyldighet i forskningsprosjektet handler om hvorvidt jeg som forsker har klart å svare på de spørsmålene jeg har vært interessert i (Jacobsen, 2010). De første intervjuene bar preg av at jeg i utgangspunktet ønsket å undersøke problemstillinger relatert til hvordan ADHD-diagnosen hadde påvirket hverdagen til de unge kvinnene. Etter hvert i intervjuprosessen så jeg derimot at fokuset blant informantene og det som ble mest sosiologisk relevant, var hvordan de unge kvinnene erfarte sin egen ADHD-diagnose og hvordan dette kunne sees i relasjon med kjønn. Dermed var det forskjellig tematisk vektlegging fra første intervju til siste intervju. En fordel med at jeg underveis i intervjuprosessen oppdaget hva som ville være mest aktuelt som tematikk for studien, var at jeg etterhvert klarte å snevre inn intervjuene og fikk svar på de spørsmålene jeg var interessert i tilknyttet problemstillingen som nå er utformet. I tillegg kan gyldigheten styrkes ved at den metoden jeg brukte var egnet til å undersøke den aktuelle

problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2009). Siden jeg var interessert i erfaringene og opplevelsene til de unge kvinnene, var det dybdeintervjuet som var mest egnet, med tanke på hvilken informasjon dybdeintervjuene innhenter.

4.8.2. Generaliseringspotensiale

Generalisering vil si at en kan anslå at resultatet av en situasjon eller et tilfelle, vil skje neste gang det samme tilfelle oppstår (Payne & Williams, 2005). Det eksisterer noen utfordringer med å generalisere de unge kvinnenes erfaringer med egen ADHD-diagnose. Dette blir tydeliggjort ved sitatet hentet fra ADHD-Norge (u.å.): «Har du sett én med ADHD, har du kun sett én!». Her ser vi hvordan generalisering tilknyttet individer med ADHD kan være utfordrende, da ADHD-diagnostiserte i stor grad opplever diagnosen ulikt. Fokuset i denne oppgaven er derfor på en konseptuell generalisering (Tjora, 2017). Altså å kunne utvikle noen typologier, teorier eller begreper basert på empirien. Utviklingen av nye typologier og begreper, henger sammen med at studien er inspirert av en abduktiv tilnærming, hvor forskningen blir sett på som en kreativ prosess (jf. kap. 4.3.). Den konseptuelle generaliseringen i studien foregår ved at erfaringene til de unge kvinnene har blitt begrepsfestet. Disse begrepene kan vi anta at andre unge kvinner med ADHD kan kjenne seg igjen i, da det har vist seg å være flere fellestrekk ved erfaringene til informantene. I tillegg kan funnene fra studien og begrepsfestingen av erfaringene være gyldig for andre diagnoser hvor kjønn og kjønnsforventninger er relevant. Eksempelvis for hvordan gutter og menn opplever diagnoser som angst og depresjon, da dette ofte blir sett på som typiske jentediagnoser (NOU, 2019). Siden begrepene potensielt kan anvendes for andre områder enn kun for jenter og kvinner med ADHD, kan vi trolig generalisere funnene i moderat forstand (Payne & Williams, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; Tjora, 2017).

4.8.3. Pålitelighet

Pålitelighet handler om forskerens posisjon, om forskningsprosjektet er utført på en tillitvekkende måte (Tjora, 2017), og om funnene fra empirien og oppgaven er til å stole på (Jacobsen, 2010). For å sikre kvaliteten på oppgaven og sørge for pålitelighet er det dermed viktig å redegjøre for mine forkunnskaper og mitt vitenskapsteoretiske ståsted tilknyttet flere elementer ved forskningen og oppgaven. Mine forkunnskaper og vitenskapsteoretiske ståsted

har blitt gjort rede for i starten metodekapittelet. I tillegg handler pålitelighet om at jeg som forsker ikke skal ha gått inn med en forutforståelse av resultatet av forskningen (Jacobsen, 2010). Likevel er det som nevnt vanskelig å gå inn i et prosjekt med en fullstendig nøytralitet og objektivitet. Dermed er det sentralt å begrunne hvorfor problemstillingen er interessant og relevant å undersøke. Mitt engasjement tilknyttet tematikken kan oppfattes som støy da det kan påvirke resultatene, men samtidig kan det være en ressurs da jeg ønsker å belyse temaet og jeg hadde en tanke om hvilke spørsmål og tematikker som kunne være aktuelle for intervjuene og utformingen av intervjuguiden (Tjora, 2017).

4.9. Etiske betraktninger

Når et kvalitativt forskningsprosjekt utføres, er det flere etiske og moralske spørsmål som forskeren må ta stilling til. Kvale & Brinkmann (2009) presenterer flere steg i forskningsprosessen hvor det er viktig å være klar over det etiske: planlegging, intervjusituasjonen, transkribering og analysering. I planleggingsfasen er det viktig å få godkjent forskningen, i tillegg at informantene skal samtykke til å delta i prosjektet. Dette forskningsprosjektet er godkjent av «Norsk senter for forskningsdata» (se vedlegg 3) og anbefalingene fra NSD er fulgt. Informantene fikk som nevnt tilsendt et samtykkeskjema med informasjon om rettighetene sine, databehandling, anonymisering og frivillig deltakelse (se vedlegg 1). Alle informantene har samtykket til å delta. I tillegg måtte jeg ta noen avgjørelser tilknyttet konfidensialitet. Telefonnummer, mailadresser og informantenes faktiske navn koblet opp mot pseudonymet, er på grunn av konfidensialiteten ikke lagret digitalt.

Selve intervjusituasjonen bærer preg av flere etiske problemstillinger. For det første satt jeg av tid på starten av intervjuet til å informere informantene om personvern og anonymisering. Informantene fikk også muligheten til å si at de ikke ønsket lydopptak. I tillegg måtte jeg som forsker være bevisst på at intervjusituasjonen kunne være en uvant og stressende situasjon for informantene. Intervjusituasjonen kan ha påvirket svarene og resultatene, men det kan òg ha påvirket informantenes selvbilde (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene kunne også oppleve det som vanskelig å dele personlige erfaringer og opplevelser med en ukjent, da intervjuet tok opp flere sensitive tematikker. Eksempelvis spørsmål om tilleggsdiagnoser og hvordan diagnosen har påvirket livene til informantene. Tillit var dermed viktig, og jeg fortalte

som nevnt at det var opp til informantene hva de ønsket å dele, og at de kunne trekke seg fra prosjektet uten å oppgi spesifikk grunn.

Med tanke på transkribering og analysering er det her også gjort noen valg relatert til etiske og moralske spørsmål. Gjennom transkriberingsprosessen har personidentifiserbar informasjon enten blitt fjernet, eller byttet ut med pseudonymer. I tillegg har alle intervjuene som nevnt blitt transkribert på bokmål for å unngå at informantene kan bli gjenkjent gjennom dialekter. I analysen har det vært viktig for meg å verken kritisere eller sette informantene i et dårlig lys. Det har dermed vært viktig å tydeliggjøre hva som er direkte sitater fra empirien, og hva som er mine tolkninger. Med tanke på sitatsjekk er dette noe som ikke har blitt tilbydd informantene. Likevel har tre av informantene hatt et ønske om å få tilsendt utkast med de sitatene jeg har brukt fra intervjuet med dem, samt mine tolkninger av sitatene. I tillegg presiserte jeg under intervjuene hvordan informantene hadde mulighet til å ta kontakt med meg undervegs hvis de ønsket å få innsyn i oppgaven eller i sitater som ble brukt.

5. UNGE KVINNERS ERFARINGER MED EGEN ADHD-DIAGNOSE

Sosialkonstruktivistisk tradisjon utfordrer strukturer og ideer som blir tatt for gitt og som blir sett på som naturlige (Tjora, 2017). Dette gjelder eksempelvis kjønnsforventninger og kjønnsnormer, men òg hva som blir definert som normalt og avvik. Dermed har sosialkonstruktivismen en stor relevans for ADHD-diagnosen hos jenter og kvinner. For det første finnes det noen kjønnede forventninger til jenter og kvinner som kan oppleves som en kontrast til ADHD-symptomene. Denne kontrasten gjør at jenter og kvinner med ADHD kan bli sett på som avvikende. For det andre finnes det noen normative og kjønnede forventninger til jenter i skolen, noe som har vist seg å ha konsekvenser for synliggjøringen av jenter i skolen. Og, for det tredje finnes det noen kjønnede forventninger til hvem som har ADHD. Disse forventningene påvirker i hvor stor grad jenter og kvinner blir diagnostisert med ADHD, og i hvor stor grad jenter og kvinner med ADHD blir forstått eller misforstått.

I dette kapittelet skal jeg presentere de funnene fra empirien som jeg mener er med på å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. De aktuelle forskningsspørsmålene er som nevnt:

- 1) Hvilke betydninger har kjønn for diagnostiseringsprosessen av ADHD hos jenter og kvinner?
- 2) Hvilke konsekvenser har det for jenter og kvinner å ha udiagnostisert ADHD? Og 3) Hvilke konsekvenser har det for jenter og kvinner å bli diagnostisert med ADHD?

Diagnostiseringsprosessen som spørsmål 1 tar for seg, omhandler prosessen fra de var udiagnostiserte og hvorvidt ADHD-diagnosen ble oppdaget eller ikke, erfaringer med selve utredningen, og hvordan de unge kvinnene til slutt opplevde å få diagnosen. For å belyse forskningsspørsmålene består kapittelet av fremstilling av empiri, analyse, diskusjon knyttet til empirien og teorien, i tillegg til mine egne tolkninger.

Strukturen på kapittelet er delt inn i tre hovedtematikker: Livet før diagnostisering, selve diagnostiseringen, og livet etter diagnostiseringen. Under hver av disse hovedtematikkene har jeg begrepsfestet typiske trekk/kjennetegn som kan belyse variasjonene i de unge kvinnenes erfaringer med ADHD-diagnosen. Disse begrepsfestingene konkretiserer erfaringene til de unge kvinnene, men er ikke gjensidig utelukkende. Det vil dermed si at informantene kan ha erfart flere av de samme trekkene/kjennetegnene samtidig. I kapittel 5.1. og 5.2. vil det bli

diskutert et spørsmål relatert til funnene fra kapittelet. Disse spørsmålene illustrerer en relasjon mellom de aktuelle begrepsfestingene, og er en form for oppsummering. I tillegg vil kapittel 5.2. og 5.3. bygge videre på de begrepsfestede kjennetegnene fra kapittel 5.1. Selve diagnostiseringen og livet etter diagnostisering har en sammenheng med teorien og empirien fra kapittel 5.1, og begrepsfestingene om de «*atypiske jentene*», «*de maskerte jentene*», og «*de glemte jentene*». Avslutningsvis vil det bli presentert en figur i kapittel 5.4. Figuren er en oppsummering fra kapitlene om livet før diagnostisering, selve diagnostiseringen, og livet etter diagnostisering. Målet med figuren er å vise hvordan livet før, under og etter diagnostisering, henger sammen med kjønnsforventninger tilknyttet jenter og kvinner, samt kjønnsforventninger relatert til ADHD-diagnosen.

5.1. Livet før diagnostisering

Livet før og etter diagnostisering, kan oppleves svært forskjellig. Denne delen av analysekapittelet skal fokusere på tiden før selve diagnostiseringen. Her vil det bli analysert og diskutert aspekter som omhandler hvordan de unge kvinnene har erfart den/de periodene i livet hvor de var udiagnostisert. I tillegg vil det bli nærmere diskutert hvorvidt udiagnostisert ADHD har hatt en påvirkning på utviklingen av komorbiditet.

5.1.1. De atypiske jentene

Gjennom intervjuene fortalte flere av informantene at de hadde sett på det som utfordrende å ha udiagnostisert ADHD. Dette var blant annet fordi de i løpet av livet hadde oppfattet seg selv som annerledes og *atypisk*. Et relevant spørsmål er hva det å være *atypisk* innebærer. Trine var en av informantene som snakket om at hun hadde kjent på å være annerledes. Gjennom intervjuet kom det frem at det kunne ha en sammenheng med at forventningene til henne som jente, var stridende med ADHD-symptomene:

Trine: jeg har jo fått forventninger om at jeg skal være ordentlig og at jeg skal klare å håndtere ting på en fin og rolig måte. Og det strider jo imot ADHD i seg selv. Ehh, haha. Jeg håndterer ikke ting på en rolig måte.

Pernille og Silje var to andre informanter som forklarte hvordan de spesifikt opplevde hyperaktiviteten som en av de egenskapene som gjorde at de hadde en litt *atypisk* atferd. Denne *atypiske* atferden begrunnet de med at det er forventet at jenter skal være «*stille, snille og*

rolige», noe de ikke var. En mulig tolkning av erfaringene til Trine, Pernille og Silje, er at annerledesheten kan forklares av to årsaker: For det første kan det handle om at de normative forventningene til de som jenter og kvinner generelt er stridende med ADHD-diagnosen, noe som gjør det utfordrende å innfri kjønnsforventningene. For det andre kan det handle om at spesifikt hyperaktiviteten er utfordrende å kombinere med de feminine kjønnsforventningene, da det forventet at jenter og kvinner skal være rolige, passive og stille (Drydakis et. al., 2017; Vogt, 2018). Erfaringene til Trine, Pernille og Silje kan sees i sammenheng med performativitetsteorien og teorien om doing gender. I disse teoriene blir det vektlagt hvordan det sosiale kjønn består av opptredener som er basert på spesifikke opplærte kjønnsforventninger (West & Zimmerman, 1987; Butler, 2011). Videre argumenterte Butler for at anormalitet kunne oppstå når et individ ikke innfridde forventningene til det sosiale kjønn. (Butler, 2020). Anormaliteten hos informantene kan dermed ha oppstått, fordi de har presentert kjønn sitt på en avvikende måte, eksempelvis ved å være hyperaktiv når det er forventet at skal være rolig. Dette er en mulig forklaring på hvorfor de har opplevd å være å være *atypisk*.

Anormaliteten hos unge kvinner med ADHD kan videre knyttes opp til femininitet og maskulinitet. Symptomene på ADHD er hyperaktivitet, impulsivitet, uoppmerksomhet og ukonsentrasjon (Ørstavik et al., 2016). Eksempel på feminine egenskaper er å være rolig, passiv, stille og konformistiske (Drydakis et al., 2017; Vogt, 2018). ADHD-symptomene kan dermed sies å være en motsetning til de feminine egenskapene (jf. Drydakis et al., 2017). De maskuline egenskapene, slik som impulsivitet, høyt energinivå og aktivitetsnivå (Drydakis et. al. 2017; Vogt 2018), er i større grad synonyme med ADHD-symptomene. Det er dermed mulig å stille spørsmål om jenter og kvinner med ADHD oppleves som mer maskuline, og ikke presenterer kjønn sitt på korrekt vis. Malin var en av informantene som opplevde at noe av femininiteten ble borte ved diagnostisering: «*For jeg følte at når jeg fikk diagnosen, så ble litt av den femininiteten i meg tatt bort. At jeg var litt mindre feminin*». To andre informanter som har opplevd å være mer «guttete» var Bente og Karen.

Bente: Jeg har alltid vært en guttejente. [...]. Jeg har ikke vært den der husmoren.

Karen: Jeg har alltid vært en guttejente på en måte. [...]. Jeg var ikke ei sånn pyntejente som andre jenter i klassen.

Disse sitatene peker på at ADHD-diagnosen kan føre til en manglende følelse av å være feminin, samtidig som symptomene på ADHD kan føre til at jenter og kvinner med ADHD kan

oppleve seg selv som mer «guttejenter». Med utgangspunkt i begrepet «kjønnskategori» fra West og Zimmerman (1987) vil en mulig tolkning være at jenter og kvinner med ADHD kan ha en forsterket tilhørighet i den mannlige kjønnsategorien. Jenter og kvinner med ADHD vil dermed kunne oppleves som *atypiske* fordi symptomene på ADHD kan føre til en økt tilhørighet i den mannlige kjønnsategorien. I tillegg til at de kan oppleves som *atypiske* fordi symptomene på ADHD kan sies å være i kontrast til de kjønnede forventningene til de som jenter og kvinner.

5.1.2 De maskerte jentene

Med utgangspunkt i begrepsfestingen om de *atypiske jentene*, er det mulig å stille spørsmål om konflikten mellom kjønnsforventningene og ADHD-symptomene fører til at jenter og kvinner med ADHD, har et ønske om å skjule symptomene. For Astrid, Julie og Bente var dette tilfelle. Disse informantene brukte ordet «*maskere*» for å beskrive hvordan de hadde prøvd å skjule symptomene på ADHD. Astrid hadde en teori om at kjønnsrollene fører til at jenter ofte *maskerer* symptomer. Julie hadde erfart å få mye kjeft i løpet av barneskolen på grunn av mye urolighet og aktivitet. Kjeftingen førte til at hun etter hvert begynte å *maskere* uroligheten. Bente forklarte hvordan det å være flink og å mestre skolen ikke må forstås som en pekepinn på at en ikke har en diagnose, nettopp fordi jenter er flinke til å *maskere* utfordringer. De unge kvinnenes forklaringer er med på å synliggjøre hvordan *maskering* som en tillært egenskap, har relevans for ADHD-diagnosen hos jenter og kvinner.

En mulig forståelse av erfaringene til Astrid, Julie og Bente, er at sammenhengen mellom *maskering* og ADHD-symptomer kan forklares av fire årsaker: For det første handler det om at jenter lærer å *maskere* atferd som ikke passer med kjønnsforventningene. For det andre handler det om at erfarte negative sanksjoner tilknyttet symptomer på ADHD, fører til *maskering*. For det tredje handler det om at det å være flink ikke er synonymt med at en ikke opplever utfordringer, fordi en er opplært til å *maskere* disse utfordringene. Og, i tillegg handler det om at jenter og kvinner oftere retter problematikker og utfordringer innover, blant annet gjennom *maskering* (Vogt, 2018:188).

Disse fire punktene kan knyttes opp til teoriene som ser på kjønn som en sosialt konstruert prosess (jf. West & Zimmerman, 1987; Butler, 2011). Gjennom disse teoriene blir det vektlagt

hvordan en i løpet av livet erfarer hvilken atferd det er akseptabelt å ha, basert på de spesifikke kjønnsforventningene (West & Zimmerman, 1987; Butler, 2011). Det er dermed mulig å tolke det dithen at *maskeringen* er en løsning på å oppfylle de normative kjønnsforventningene som en har erfart at en skal innfri. Et aspekt som kan være med på å underbygge denne tolkningen, er konformitet som en feminin egenskap (Vogt, 2018). Gjennom konformiteten er det forventet at jenter og kvinner skal være tilpasningsdyktige. *Maskeringen* kan sies å være en del av denne tilpasningsdyktigheten, da *maskeringen* kan gjøre at en tilpasser seg forventningene. En utfordring med *maskeringen* er derimot at de *atypiske* egenskapene og symptomene ikke er like synlige, noe som kan gjøre det mer utfordrende å oppdage jenter og kvinner med ADHD. Et mulig resultat av *maskeringen* er dermed sendiagnostisering.

Oppsummert er det mulig å si at *maskeringen* fører til at en som jente og kvinne tilpasser seg normative og kjønnede forventninger. Men, det å tilpasse seg forventningene kan være uheldig, fordi *maskeringen* kan resultere i at en skjuler symptomer, noe som videre kan føre til sendiagnostisering.

5.1.3. De glemte jentene

Et spørsmål som har vist seg å være relevant for jenter og kvinners erfaring med egen ADHD-diagnose er «vet samfunnet at jenter og kvinner kan ha ADHD?». Spørsmålet handler om at det eksisterer noen spesifikke kjønnede forventninger til hvem som har ADHD. Disse kjønnede forventningene til ADHD, kan gjøre at vi *glemmer* at dette òg er en diagnose som rammer jenter og kvinner.

I kapittel 5.1.1 var et funn at jenter og kvinner med ADHD kan være *atypiske* fordi symptomene på ADHD ikke er synonyme med de kjønnede forventningene til jenter og kvinner. I tillegg kan det stilles spørsmål til om jenter og kvinner med ADHD også oppleves som *atypiske* fordi den generelle forståelsen av ADHD, er at dette er en diagnose som rammer utagerende gutter (Holthe, 2017). Karen fortalte hvordan hun opplever det som litt «feil» å være jente med ADHD: «Ja, jeg føler egentlig at det å være jente er kanskje litt feil med ADHD». I tillegg fortalte Trine at hun har erfart at samfunnet ikke helt forstår at jenter og kvinner kan ha ADHD: «...det er jo ofte gutter som blir sett på som stempelet til ADHD. Ehm, så hver gang det blir en

jente som blir stemplet med ADHD, så er det liksom. Det kommer som et stort spørsmålstegn til samfunnet». En mulig tolkning av Karen og Trines erfaringer, er at de føler det å være jente eller kvinne ikke stemmer overens med å ha ADHD, og dermed kan jenter og kvinner med ADHD være *atypiske*. I forlengelse av spørsmålet som ble stilt i kapittel 5.1.1, om jenter og kvinner med ADHD ikke presenterer kjønnet sitt på korrekt vis, er det mulig å stille spørsmål om det òg er slik at jenter og kvinner med ADHD ikke presenterer ADHD-diagnosen på korrekt vis. Nettopp fordi det ikke er forventet at jenter og kvinner skal ha ADHD.

Et relevant spørsmål som bør stilles, er hvorfor det ikke forventes at jenter og kvinner kan ha ADHD. Svaret på dette spørsmålet kan muligens forklares av blant annet tre årsaker: For det første kan det handle om at jenter er tilpasningsdyktige (Vogt, 2018) og *maskerer* problemer. Dette ble diskutert i delkapittelet om *de maskerte jentene*. For det andre opptrer symptomene på ADHD hos jenter og kvinner ofte innvendig (Holthe, 2017). De innvendige symptomene gjør det dermed vanskeligere å oppdage at jenter kan ha ADHD. Likevel er det her viktig å presisere hvordan diagnosen varierer fra jente til jente og kvinne til kvinne. For det tredje kan det handle om at ADHD blir sett på som en guttediagnose (Holthe, 2017). Denne misoppfatningen om ADHD som en guttediagnose, gjør at en *glemmer* at jenter og kvinner og kan ha ADHD.

Et mulig resultat av at jenter og kvinner med ADHD blir *glemt*, er at de kan erfare feildiagnostisering og sendiagnostisering. Malin fortalte hvordan hun har blitt diagnostisert med angst, men tror hun kunne fått ADHD-diagnosen hadde hun vært gutt. Rita nevnte hvordan hun i løpet av skolegangen har hatt alle de «typiske» symptomene på ADHD, men likevel opplevde hun aldri at lærere tenkte over at det kunne være ADHD. Den manglende ideen om at det kunne være ADHD, så hun for seg at kunne skyldes den generelle tankegangen om at ADHD kun rammer gutter:

Rita: For det er jo litt sånn at når jeg leser i journalen min fra skolen, så er det jo det at jeg ikke sitter i ro, jeg klarer ikke konsentrere meg. Altså, det er jo veldig sånn typisk da. Og jeg får ikke med meg ting. Og når jeg leser det nå, så er det jo litt sånn hvorfor har de ikke tenkt litte grann på ADHD.

Ingvild: Tror du det kan ha en sammenheng med at lærere kan tenke at ADHD er en typisk guttediagnose?

Rita: Ja. Det er jo det jeg føler litt. For det kan jo være at, jeg vet jo ikke, men det kan jo være at hvis jeg hadde vært en gutt, så hadde de tenkt, å ja, men det kan jo være ADHD.

En mulig forståelse av erfaringene til Malin og Rita, er at distinksjonen mellom jenter og gutter og jente- og guttediagnoser (jf. West & Zimmerman, 1987; NOU 2019) er problematisk. Dette fordi det kan føre til at jenter med ADHD ikke blir oppdaget tidlig nok. Ved å definere internaliserende vansker, slik som angst, som jentediagnoser, og eksternaliserende vansker, slik som ADHD, som guttediagnoser (NOU, 2019), vil det kunne oppstå både feildiagnostisering og sendiagnostisering. Sendiagnostiseringen kan dermed oppstå som et resultat av at samfunnet og omsorgsinstitusjoner *glemmer* at jenter og kvinner kan ha ADHD.

5.1.4. Har sendiagnostisering av jenter og kvinner med ADHD en påvirkning på utviklingen av tilleggsdiagnoser og tilleggsutfordringer?

I teorikapittelet om ADHD ble det poengtert hvordan sendiagnostisering med ADHD øker sannsynligheten for at andre tilleggsutfordringer og tilleggsdiagnoser oppstår (Holte, 2017). De tre foregående begrepsfestingene, *de atypiske jentene*, *de maskerte jentene*, og *de glemte jentene*, har illustrert hvordan sendiagnostisering har vært et relevant fenomen for flere av informantene. Sendiagnostisering kan oppstå fordi *atypiske* jenter *maskerer* utfordringer og symptomer. I tillegg kan sendiagnostiseringen oppstå fordi vi *glemmer* at jenter kan ha ADHD. Videre skal det nå blir diskutert om denne sendiagnostiseringen faktisk har en påvirkning på utviklingen av komorbiditet.

I løpet av intervjuene fortalte de unge kvinnene om hvordan sendiagnostiseringen har hatt konsekvenser for deres liv. Rita, Astrid og Bente har alle erfart sendiagnostisering og andre tilleggsdiagnoser. De mente disse tilleggsdiagnosen kunne vært unngått ved tidligere diagnostisering. Rita hadde opplevd ekstrem angst og rusproblemer, og var videre spørrende til om rusproblematikken kunne vært unngått dersom hun hadde fått diagnosen tidligere. Dette fordi hun nå etter diagnostiseringen og medisinerer ikke drikker alkohol. Astrid forklarte hvordan hun tror depresjonen på ungdomsskolen kunne vært unngått med tidligere diagnostisering, mens Bente fortalte hvordan hun tror både angst, depresjon og selvmordsforsøk kunne vært unngått hadde hun fått diagnosen tidligere:

Bente: Det er en større selvmordsrate blant de med ADHD og spesielt jenter med ADHD. Så, jeg kan jo si selv at jeg har jo vært på det punktet at jeg faktisk har til og med prøvd fordi jeg klarte ikke mere gjennom skolen og det ble ikke tatt seriøst. [...]. Også er man også flink på å skjule at man har det vondt da ikke sant.

Ingvild: Tror du det nesten kunne vært unngått hvis du hadde fått diagnosen tidligere?

Bente: ja, egentlig. For ikke sant. Hvis jeg for eksempel hadde fått utprøve medisiner, så hadde ikke jeg. Det blir jo stille i hodet mitt, jeg klarer å holde på en tanke lengre enn fem minutter. Og det å ikke hele tiden ha input. Det å hele tiden få inntrykk fra alt. Og det å ikke overtenke hver situasjon.

Erfaringene til Rita, Astrid og Bente illustrerer tydelig hvordan det å ikke bli diagnostisert tidlig kan ha en stor påvirkning på livet. Det kan dermed tolkes dithen, at tidlig diagnostisering er viktig for å unngå andre tilleggsdiagnoser og tillegg utfordringer. I tillegg kan det stilles spørsmål til om utviklingen av komorbiditet blant ADHD-diagnostiserte jenter og kvinner kan være relatert til kjønnsforventninger. En informant som hadde refleksjoner rundt sendiagnostisering, tilleggsdiagnoser og kjønnsforventninger, var Nina. Nina har angst og depresjon og mente det hadde en nær sammenheng med ADHD og kjønnsforventningene til henne:

Nina: Jeg tror at noe av grunnen til at jeg nå går på medisiner for angst og depresjon er fordi jeg har siden, det er forventninger til meg om at jeg liksom skal være rolig og sånn. At jeg ikke helt har turt å gjøre det jeg vil.

En mulig tolkning av Ninas erfaring er at ADHD-symptomene er vanskelig å kombinere med de kjønnede forventningene til jenter og kvinner, noe som ble poengtert i kapittelet om de *atypiske jentene*. Videre har dette en sammenheng med *maskering*. Nina har *maskert* de symptomene hun har opplevd som uforenelig med kjønnsforventningene. Denne *maskeringen* har videre ført til at hun har utviklet andre tillegg utfordringer, slik som angst og depresjon. Her er det aktuelt å trekke inn spørsmålet fra Vogt (2018) som ble presentert i teorikapittelet: Kan tilpasningsdyktigheten som det er forventet at jenter og kvinner skal ha, føre til at symptomer og diagnoser utvikles? Tar vi utgangspunkt i erfaringen til Nina, er svaret på dette spørsmålet «ja». Imidlertid var det andre informanter som fortalte at de ikke hadde erfaringer med andre diagnoser eller utfordringer, eksempelvis Pernille og Hanne. På grunn av variasjonen i erfaringene, er det dermed vanskelig å gi et generelt svar på om det er slik at sendiagnostisering resulterer i tilleggsdiagnoser og tillegg utfordringer. For noen er dette tilfelle, men for andre har ikke dette vært relevant for deres erfaringer med egen ADHD-diagnose og diagnostiseringsprosess.

5.2. Selve diagnostiseringen – effekter av diagnostisering

Forrige kapittel tok for seg hvilke erfaringer informantene hadde tilknyttet livet før diagnostiseringen, og hvordan det å være udiagnostisert kan ha hatt noen uheldige konsekvenser. Dette kapittelet skal se nærmere på om diagnostisering av ADHD fører til noen positive konsekvenser. På slutten av kapittelet vil det bli diskutert hvorvidt det er slik at ADHD-diagnostisering er en løsning på strukturelle og institusjonelle utfordringer.

5.2.1 De spørrende jentene

I kapittelet om de *atypiske jentene*, ble det vist til hvordan flere av informantene hadde kjent på følelsen av å være annerledes. Et relatert spørsmål, er om udiagnostisert ADHD kan ha ført til flere ubesvarte spørsmål tilknyttet annerledesheten. Åse, som den eneste informanten som ble diagnostisert i tidlig barneskolealder, fortalte hvordan hun var glad for å ha fått diagnosen tidlig, da dette har ført til at hun har sluppet å være spørrende: «*Og, jeg er egentlig veldig glad for at jeg ikke gikk gjennom det. Den der spørrende delen. At hva er det som ikke helt stemmer her kan du si. Basert på de normene som man lever etter*». En mulig tolkning av Åse sin erfaring, er at diagnostiseringen har ført til at hun har hatt en forklaring på hvorfor hun ikke utelukkende innfrir de normative forventningene. Med utgangspunkt i Åse sin erfaring, skal det nå nærmere diskuteres om de som har erfart sendiagnostisering har opplevd «den spørrende delen», og videre om diagnostiseringen ble en besvarelse på hvorfor de har erfart utfordringer med å innfri normative og kjønnede forventninger.

Rita, Silje, Pernille, Live, Malin, Astrid, Karen og Julie nevnte i løpet av intervjuene hvordan diagnostiseringen føltes ut som en form for «*forklaring*» eller «*lettelse*». Julie forklarte i tillegg hvordan hun etter diagnostisering har «*forstått alle leveårene mine*», og Malin fortalte hvordan hun hadde fått en økt forståelse på hvorfor hun tidligere hadde følt seg som «det sorte fåret i familien»: «*Det har vært mye forklaringer og. Derfor føler jeg meg forskjellig. Derfor føler jeg meg som det sorte fåret i familien*». Basert på disse erfaringene, er det mulig å tolke det slik at livet før diagnostisering har bestått av en del spørsmål, og ADHD-diagnostiseringen har gjort at flere av spørsmålene har blitt besvart.

Hvorfor følelsen av forklaring oppstår etter diagnostisering, er noe som må diskuteres nærmere. For Pernille, Silje, Astrid og Live handlet «forklaringen» og «lettelsen» om at diagnostiseringen førte til at de forstod spesifikke aspekter og utfordringer ved de som personer. Pernille fikk forklart hvorfor hun ikke klarte å konsentrere seg i timen, hvorfor hun ikke fikk sove om natten, og hvorfor hun var «hyper». Silje hadde en forklaring på følsomheten og konsentrasjonsvanskene. Astrid forstod etter diagnostisering at hun ikke var «dum», slik hun hadde trodd de første 16 årene av livet hennes. Og, Live opplevde at flere småting ved henne ga mening, slik som fikling, ukonsentrasjon og impulsjøp.

En mulig tolkning av erfaringene over, er at det kan sees i relasjon med *de atypiske jentene*. Gjennom diagnostiseringen har de unge kvinnene fått en forståelse på hvorfor de kan oppleves som *atypiske* og dermed fått besvart noen spørsmål relatert til seg selv. Videre kan svarene på disse spørsmålene blant annet dreie seg om to aspekter tilknyttet kjønnsforventninger: For det første får de besvart hvorfor de har noen egenskaper som en ikke opplever at andre jenter og kvinner nødvendigvis har. Eksempelvis ved å være «hyper». For det andre kan diagnostiseringen besvare hvorfor jenter og kvinner med ADHD kan oppleve det som mer utfordrende å innfri kjønnsforventningene, og videre hvorfor det kan være mer utfordrende å presentere kjønnet sitt på korrekt vis (jf. West & Zimmerman, 1987; Butler, 2020). Med utgangspunkt i at diagnostisering fører til forklaring og besvarelse, kan det være mulig å si at en naturlig konsekvens av sendiagnostisering, er at en i flere år er *spørrende* til hvorfor en opplever seg selv som *atypisk*.

5.2.2. De medisinererte jentene

Medisinering av egenskaper, har vært en fremtredende trend i dagens vestlige samfunn (Lian, 2012). Et relevant spørsmål, er hvilke konsekvenser denne medikaliseringen har. Gjennom intervjuene fortalte flere av informantene hvordan de hadde positive erfaringer med medisinering. Rita, Pernille, Julie og Live nevnte at de har fått bedre søvn etter medisinering. Rita fortalte òg om hvordan medisineringen har ført til at hun har kommet seg ut av rusproblemer. Karen og Sandra fortalte hvordan medisinene førte til at de mestret skolen bedre, og begge hadde opplevd et «*positivt hopp i karakterer*» etter medisinering. Det er mulig å tolke informantenes erfaringer dithen at diagnostisering er viktig fordi en konsekvens av diagnostisering, er medisinering. Videre kan denne medisineringen ha heldige konsekvenser på

livskvaliteten til de diagnostiserte, eksempelvis med tanke på skolegang. Medisinene kan potensielt normalisere avvikende atferd, slik som hyperaktivitet, impulsivitet, uro og ukonsentrasjon (Holthe, 2017), noe som kan føre til færre skolerelaterte utfordringer.

I tillegg er det mulig å stille spørsmål om medisinerer kan øke sannsynligheten for at jenter og kvinner med ADHD presenterer kjønnet sitt på korrekt vis (jf. West & Zimmerman, 1987). Basert på funn fra tidligere i analysen, har det blitt illustrert hvordan ADHD-symptomene ikke er synonyme med de kjønnede forventningene til jenter og kvinner. Gjennom medisinerer kan potensielt disse antonyme symptomene bli korrigert, noe som kan øke sannsynligheten for at kjønnsforventningene blir innfridd og videre at kjønnet blir presentert korrekt. Dette fordi medisinene har en god effekt på symptomene, da medisinerer gjør at symptomene ikke blir like tilstedeværende (Holthe, 2017). Et videre relevant spørsmål, er om sendiagnostisering og mangelfull medisinerer dermed kan gjøre det mer utfordrende for jenter og kvinner å innfri de kjønnede forventningene, fordi fraværende medisinerer, kan gjøre symptomene på ADHD mer fremtredende.

Likevel er det her viktig å vise hvordan opplevelsen med medisinerer varierer. Noen av informantene hadde valgt å ikke gå på medisiner jevnlig. Enten fordi medisinene hadde negative bivirkninger eller fordi medisinene endret personligheten til informantene. For Malin hadde medisinene ført til mer angst, noe som gjorde at hun sluttet på medisiner. Rita og Karen forklarte hvordan de opplevde at medisinerer endret positive aspekter ved de som personer:

Rita: Jeg føler meg mindre kreativ, jeg føler på en måte at musikk ikke er like bra på medisin. Ehh. Også, jeg føler meg, jeg føler meg så rolig og liksom litt gøyere uten medisin. Finner på masse rart og artig og gøy. Haha.

Karen: Men jeg ble, følelsene mine ble lagt lokk på, på en måte. Jeg følte ting innvendig og jeg klarte på en måte og, det hemma litt det her, den munndiaren som jeg hadde også til tider. Og det var fint, men denne humoren min forsvant da.

Malin, Rita og Karen sine opplevelser med medisinerer av ADHD, gjør det utfordrende å se på medisinerer som en utelukkende positiv konsekvens av diagnostisering. For det første kan medisinerer føre til uheldige bivirkninger, og for det andre kan det føre til at personlige egenskaper blir fjernet. Disse erfaringene peker på et relevant og viktig spørsmål: Hvorfor er det slik at individer skal medisineres, og med dette potensielt erfare negative bivirkninger, for

å kunne tilpasse seg samfunnets forventninger? Spørsmålet kan sees i relasjon til West & Zimmermans (1987) teori som vektla hvordan det er individer som blir holdt ansvarlig hvis de ikke klarer å presentere kjønnet sitt korrekt. Medisinene kan gjøre at individene lykkes i å presentere kjønnet på riktig vis, og dermed opptrer på en forventet og ønskelig måte. Likevel kan dette oppleves som problematisk. Noen av informantene opplevde det å være *atypisk* og ikke innfri samfunnets forventninger, som gøy og interessant. En informant som nevnte dette, var Silje: «Jeg synes det er gøy å være litt annerledes». Det er mulig å tolke det slik at det sosiale kjønnet (jf. West & Zimmerman, 1987; Butler, 2011) står i veien for et mer mangfoldig samfunn. Et mulig resultat av de kjønnede forventningene, er at jenter og kvinner som opptrer *atypisk* blir diagnostisert og medisinert, istedenfor akseptert. Noe som videre kan føre til et mer ensartet samfunn, hvor flere individer blir likere og likere (Lian, 2012).

5.2.3. De synlige jentene

Alle elever i norsk skole har rett på tilpasset undervisning, likevel peker forskning på hvordan jenter «bare er der» i klasserommet, mens guttene får den tilpasningen de har krav på (Nielsen, 2014:15). Jenter kan dermed sies å være *glemt* i klasserommet, og et spørsmål som kan stilles er om diagnostisering vil kunne øke sannsynligheten for at jenter blir *synliggjort* i skolesammenheng. Flere av informantene nevnte i løpet av intervjuet hvordan de etter diagnostisering opplevde mer tilrettelegging, hjelp og legitimering av atferd, i skolesammenheng. For Karen, Astrid, Nina, Julie, Live og Malin var ADHD-diagnostisering viktig, da de etter diagnostiseringen opplevde økt tilpasning og forståelse i skolen. I tillegg mente Julie at diagnostiseringen var nødvendig fordi det hadde ført til økt tilrettelegging og «tilrettelegging kan føre til mindre trøblete skoleopplevelser». Det er mulig å tolke informantenes opplevelser dithen at ADHD-diagnosen er en relevant og nødvendig diagnose for jenter, slik at de kan bli *synliggjort* i den tilpassede undervisningen, og potensielt erfarer «mindre trøblete skoleopplevelser».

En mulig forklaring på hvorfor ADHD-diagnostisering kan være avgjørende for «mindre trøblete skoleopplevelser» blant jenter med ADHD, er at skolen siden 2000-tallet har blitt mer teoritung på grunn av fokuset på resultatstyring. Denne omleggingen av skolen kan skape utfordringer for elever med ADHD, fordi skolen nå har et større fokus på de grunnleggende ferdighetene, noe som har vist seg å være vanskeligere for elever med ADHD å mestre (DuPaul

& Langberg, 2015). Videre er dette problematisk da feminiseringen/moderniseringen av skolen, har gjort at jenter blir *glemt* i klasserommet (Nielsen, 2014). Kombinasjonen av at elever med ADHD nå kan oppleve skolen som mer utfordrende, samt at jenter blir *glemt* i klasserommet, gjør at jenter med ADHD kan oppleve færre gode skoleopplevelser fordi de ikke får den tilpasningen og hjelpen de har krav på. ADHD-diagnostisering kan derfor være viktig for at disse jentene skal bli *synliggjort* blant lærere, og for å få nødvendig hjelp og tilrettelegging. Noe som videre kan føre til bedre skoleopplevelser.

Med tanke på skolegang, kan diagnostisering òg føre til legitimering av atferd. Trine hadde erfart at en positiv konsekvens av diagnostiseringen var mer forståelse hos lærere: «*Altså etter, så var jo lærerne mer sånn, okey, jeg skjønner at du har problemer og må være alene. Så lærerne ble jo mer forståelsesfulle. [...]. Mens før så var det liksom bare sånn, du skaper mye trøbbel*». En mulig tolkning av sitatet til Trine er at diagnostiseringen er viktig for at lærere skal få en forståelse for avvikende atferd blant elevene. I tillegg til at jenter med ADHD blir *synliggjort* i den tilpassede undervisningen, blir de også *synlige* gjennom økt annerkjennelse blant lærere. Før diagnostiseringen kan lærere oppfatte elever med avvikende atferd som «trøbbel», men etter diagnostiseringen blir denne avvikende atferden legitimert og elevene kan oppleve mer forståelsesfulle lærere. Legitimeringen kan dermed gjøre at disse elevene får den hjelpen de har krav på og ofte behøver.

Naturligvis er det videre å mulig å tolke det dithen at en uheldig konsekvens av sendiagnostisering, er at jenter med ADHD ikke opplever tilrettelegging, hjelp eller legitimering av avvikende atferd blant lærere. Tidlig diagnostisering kan dermed sies å være viktig for at jenter blir *synlige* i skolen og for at de skal erfare en god skolehverdag. Dette er i henhold til forskning har vist hvordan tidlig medisinerings har positive konsekvenser på skolehverdag og arbeidsliv (Holthe, 2017).

5.2.4. Er ADHD-diagnostiseringen en løsning på strukturelle og institusjonelle utfordringer?

Funnene i underkapitlene over (5.2.1, 5.2.3. og 5.2.4.) illustrerer at diagnostisering er viktig og nødvendig. Diagnostisering av jenter med ADHD fører til forståelse, medisinerings og økt

tilrettelegging og synliggjøring i skolesammenheng. Likevel peker disse funnene på et spørsmål som er relevant innenfor West & Zimmermans (1987) teori: Hvorfor blir individer ansvarliggjort, blant annet gjennom diagnostisering, for samfunnsmessige og institusjonelle utfordringer? Medisinering av individer, og institusjonelle strukturer i skolen, skal nå brukes som eksempler for å diskutere det overnevnte spørsmålet.

I kapittelet om *de medisinererte jentene* ble det poengtert hvordan medisinering både kan ha positive og negative konsekvenser for jenter med ADHD. Medisinene kan minimere de *atypiske* egenskapene relatert til samfunnets og institusjoners forventninger. Men, samtidig kan medisinene føre til negative bivirkninger og endring av personlighet. Variasjonene i erfaringene med medisinering peker på et aktuelt spørsmål: Siden medisinering ikke er utelukkende positivt, hvorfor må individer medisineres for å tilpasse seg samfunnets forventninger? Svaret på dette spørsmålet, kan sees i relasjon med medikaliseringsprosessen. Økt medikalisering har vært en fremtredende trend i det moderne samfunnet, og gjennom medisinering har vi endt opp med et mindre mangfoldig samfunn (Lian, 2012). Medikaliseringen kan dermed sies å ha blitt et strukturelt problem, siden vi nå tolererer færre karaktertrekk og egenskaper (Lian, 2014). Løsningen på dette strukturelle problemet, har videre blitt diagnostisering med ADHD og medisinering av avvikende individer. Et videre interessant spørsmål er om en endring av samfunnets strukturer med et mer mangfoldig samfunn, kunne ha ført til færre diagnostiseringer og mindre medisinering av individer. Dette fordi økt toleranse for ulike egenskaper, kunne ha ført til en endring i hva som blir sett på avvikende og normalt.

En større grad av tilrettelegging *etter* diagnostisering er òg med på å illustrere hvordan utfordringer på individnivå, kan være et resultat av større (problematisk) institusjonelle strukturer. Økt tilrettelegging *etter* diagnostisering belyser to aktuelle spørsmål: Hvorfor er det jentene og elevene som må diagnostiseres, istedenfor at strukturene i skolen endres? Og, hvorfor er det slik at skolen ikke tilrettelegger og har forståelse *før* diagnostisering? Det første spørsmålet fører videre til et nytt spørsmål: Vil en endring av skolens strukturer kunne føre til færre diagnostiseringer? Ved å endre strukturene i skolen, kunne det vært mulig å legge til rette for at elever med ulike egenskaper ble satt pris på og forstått. I tillegg kunne det ført til at egenskaper slik som impulsivitet og kreativitet i større grad ble sett på som positive egenskaper. Spørsmålet er derimot hvordan dette skal gjøres. Det andre spørsmålet, hvorfor skolen ikke

tilrettelegger og har forståelse *før* diagnostisering, tydeliggjør hvordan de dualistiske kjønnede forventningene i skolen kan være problematiske. Jenter som opplever skolerelaterte utfordringer er ofte en usynlig gruppe, da det er forventet at jenter skal mestre skolen (Nielsen, 2014), og funnene i denne studien peker på at jenter som har opplevd utfordringer i skolen, først blir *synliggjort* etter at de har blitt diagnostisert med ADHD. Det er positivt at diagnostisering fører til økt forståelse, tilpasning og legitimering, men likevel er ikke dette utelukkende positivt. Diagnostisering av jenter bør ikke være nødvendig for at de skal bli *synlige* i skolesammenheng, og for at de skal få de tilpasningene de har krav på. En mangelfull *synliggjøring* av jenter i skolen *før* diagnostisering, kan dermed sies å være en institusjonell utfordring, hvor en løsning har vært diagnostisering med ADHD. Et videre interessant spørsmål, er om gutter med ADHD som opplever skolerelaterte utfordringer, også har erfaringer med mangelfull tilrettelegging *før* diagnostisering. Eller, om mangelfull tilrettelegging i skolen *før* diagnostisering, er et kjønnet trekk for jenter.

Det er utfordrende å ha et korrekt svar på om ADHD-diagnostisering er en løsning på strukturelle og institusjonelle utfordringer. Men, funnene i denne studien kan tyde på at diagnostisering med ADHD og medisinerer av individer er en «enklere» løsning på samfunnsmessige og institusjonelle utfordringer (Madsen, 2010). Dette er i henhold til synet på ADHD som en sosialt konstruert diagnose (Conrad & Schneider, 1992; Madsen, 2010; Tjora et al., 2016). Eksempelvis kan det sies å være enklere å diagnostisere og medisinerer individer, enn å endre samfunnet slik at det blir mer mangfoldig. I tillegg til at det kan være enklere å diagnostisere elever med ADHD, enn å endre skolens strukturer og læreres dualistiske kjønnsforståelse. Likevel er det her viktig å presisere hvordan flere av informantene har hatt gode opplevelser med både diagnostisering og medisinerer. Det er derfor ikke mulig å komme til en konklusjon med at ansvarliggjøringen av individer utelukkende er negativt. For noen har denne ansvarliggjøringen hatt store positive effekter på informantenes liv, fordi de har fått ADHD-diagnosen, noe som videre har hatt positive virkninger på livet.

5.3. Livet etter diagnostisering

Forrige kapittel tok for seg konsekvenser av diagnostisering, og dermed noen aspekter ved livet etter diagnostisering. Gjennom dette kapitlet skal det videre bli analysert og diskutert noen problemstillinger som kan oppstå etter diagnostiseringen. Dette gjelder spesifikt tematikker

som en ofte før diagnostisering med ADHD ikke så på som aktuelle, men som etter diagnostiseringen har preget livet til informantene. Det vil ikke være et oppsummerende spørsmål i slutten av kapittelet. De ulike begrepsfestingene viser til forskjellige problemstillinger som kan dukke opp under og etter diagnostiseringen, uten at disse nødvendigvis har en sammenheng med hverandre.

5.3.1. De misforståtte jentene

Etter diagnostisering har de unge kvinnene tatt et valg relatert til åpenhet: forteller de om diagnosen, eller ikke. Flere av informantene som hadde valgt å være åpen om diagnosen, har pekt på hvordan de har erfart flere *misforståelser*. En av informantene som gjennom intervjuet fortalte hvordan hun hadde opplevd at diagnosen ble *misforstått* var Bente:

Bente: Folk på jobb, kan si at. Kan ikke vi få litt av den der ADHDen din, fordi de tenker at det er energien min. Også sier jeg, ja det kan du få. Vil du ha den ekstra eksponeringen for å få depresjon, angst, kanskje fødselsdepresjon, ehm. Det her med følelsesregulering, det kognitive minnet. Altså det her med at det er negative aspekter ved det også.

En mulig tolkning av Bentes erfaring, er at hun ofte opplever at folk har en positiv tilnærming til det å ha ADHD. Nemlig at ADHD innebærer å ha masse energi, noe som kommer godt med i jobbsammenheng. Den positive tilnærmingen til ADHD-diagnosen er optimistisk, men samtidig er det viktig for Bente at folk er klar over at det finnes flere negative aspekter ved diagnosen. På den annen side, var det flere av informantene som mente at diagnosen var *misforstått* fordi ADHD-diagnosen hadde et dårlig rykte. For Charlotte var det viktig å stille til intervju, nettopp for å vise at det å ha ADHD kan være positivt, og hun ønsket å endre det negative synet på ADHD-diagnosen. Gjennom erfaringene og til Bente og Charlotte blir det illustrert hvordan jenter og kvinner med ADHD, kan bli *misforstått* på ulike vis. Dette kan sees i relasjon med hvordan tilnærmingene til ADHD i stor grad er polariserte (jf. kap. 1.2.1.). Ofte har utenforstående dannet seg en mening rundt diagnosen. Denne meningen kan gjøre at utenforstående enten ser på ADHD som berikelse, eller ser på den som en ulempe, noe som videre gjør at de oppfatter ADHD-diagnostiserte på ulikt vis.

I tillegg kan jenter og kvinner med ADHD bli misforstått fordi det finnes noen konkrete forventninger til hvem som har ADHD. Live hadde flere ganger opplevd å bli *misforstått* og ikke trodd når hun hadde fortalt om diagnosen sin. Gjennom intervjuet beskrev hun hvordan

det for «*nitti prosent, er et stort sjokk*» at hun har ADHD, og videre hvordan hun har fått spørsmålet, «*hæ, er du sikker liksom?*». Samtidig sa Julie at «*hæ, har du ADHD. Det kan ikke jeg forstå*», var en holdning hun ofte hadde møtt på når hun var åpen om diagnosen. Astrid fortalte hvordan hun på samme måte som Live og Julie hadde opplevd denne «*hæ, har du ADHD*»-holdningen: «*Også har de vært sånn hæ, har du det? Fordi at, altså jeg passer ikke inn i stereotypien deres da?*».

En mulig tolkning av erfaringene til Live, Julie og Astrid, er at *misforståelsene* og det at informantene ikke blir trodd når de forteller om egen diagnose, har en sammenheng med stereotypiske tankeganger relatert til diagnosen. I tillegg kan det sees i relasjon med de *glemte jentene*, da samfunnet *glemmer* at jenter og kvinner kan ha ADHD. På samme måte som det finnes noe noen normative og kjønnede forventninger til det spesifikke kjønnnet (West & Zimmerman, 1987; Butler, 2020), eksisterer det noen normative forventninger til ADHD-diagnostiserte. Da Hanne gjennom intervjuet skulle forklare en «*typisk*» person med ADHD basert på stereotyper tilknyttet diagnosen, sa hun at dette var «*den kidden i klassen som kaster stoler på læreren og sånt. [...]. Og absolutt gutter. Jeg har aldri hørt om ei jente som jeg kjenner som har ADHD*». En forståelse av sitatet til Hanne, er at de normative forventningene knyttet til ADHD i stor grad er preget av at ADHD blir sett på som en diagnose som opptrer hos utagerende gutter. Jenter og kvinner som ofte har innvendige symptomer, og som kan virke rolige på utsiden, passer dermed ikke inn med den stereotypiske gutten med en stereotypisk ADHD-atferd. I kapittel 5.1.3 om *de glemte jentene* ble det stilt spørsmål til om det er slik at jenter og kvinner med ADHD ikke presenterer ADHD-diagnosen på korrekt vis. Denne ukorrekte presentasjonen kan være en mulig forklaring på hvorfor jenter og kvinner med ADHD blir *misforstått* og erfarer en «*hæ, har du ADHD*»-holdning.

5.3.2. De analyserende jentene

Diagnostiseringen har som nevnt ført til forklaring og svar på flere spørsmål relatert til det å være *atypisk*. Likevel er ikke dette et generelt funn. For noen av informantene førte diagnostiseringen, og spesielt det å bli diagnostisert i sen alder, til en høy grad av *analysering* av tidligere atferd. Analyseringen fortalte blant annet Nina hvordan hun hadde erfart: «*Ja, og jeg tror det er noe med det at, siden jeg fikk den så sent, så måtte jeg på en måte plutselig. Hvis det gir mening, reevaluere alle tankene mine*». I tillegg fortalte Karen hvordan hun etter

diagnostisering hadde tenkt mye over hvordan hun har oppført seg da hun var yngre. Spesielt hadde hun tenkt mye over hvordan hun tidligere har oppført seg som barn når hun har vært på besøk hos andre, og om folk «hadde noe imot meg». En mulig tolkning av Nina og Karens erfaringer, er at de før diagnostisering ikke har hatt tanker relatert til tidligere atferd, men diagnostiseringen hadde ført til at de nå ble mer bevisst på hvilken atferd de tidligere hadde hatt.

Videre er det mulig å tolke erfaringene til Nina og Karen dithen at en i forkant av diagnostisering ikke har tenkt mye over at en kan være annerledes, mens et mulig resultat av diagnostiseringen er en økt følelse av å være *atypisk*. Dette fordi diagnostiseringen tydeliggjør at en ikke innfrir de normative (og kjønnete) forventningene (jf. Butler, 2020). Denne tolkningen kan være med på å illustrere hvordan diagnostisering ikke utelukkende er positivt. På den ene siden kan diagnostiseringen føre til at en får en større følelse av å passe inn. Eksempelvis ved at en får medisiner som kan kontrollere de *atypiske* egenskapene/symptomene, samtidig som en kan få en forklaring på den *atypiske* atferden. Dette ble diskutert i kapitlene om «*de medisinererte jentene*» og «*de spørrende jentene*» Imidlertid kan diagnostiseringen føre til noen tanker som ikke har vært tilstedeværende tidligere. Nemlig tanker tilknyttet tidligere atferd, hvor de diagnostiserte *analyserer* om en har oppført seg på en uønsket måte. I tillegg kan skillet mellom diagnostiserte og ikke-diagnostiserte være en mulig forklaring på hvorfor *analyseringen* oppstår. Diagnostiseringen fører til en synliggjøring av at en avviker fra den resterende befolkningen. Synliggjøringen kan videre føre til at en *analyserer* om hvorvidt en har oppført seg avvikende eller ikke.

Et interessant spørsmål tilknyttet *analyse* av tidligere atferd, er om dette òg er noe som opptrer hos gutter etter diagnostisering. For det første får gutter ofte ADHD-diagnosen tidligere (Ørstavik et al., 2016). Tidligere diagnostisering gjør at de ikke har trengt å leve like lenge uten diagnosen. Og, for det andre er symptomene på ADHD som nevnt mer synonyme med de maskuline egenskapene (Drydakis et. al., 2017; Holthe, 2017; Vogt, 2018). På grunn av synonymiteten, kan en stille spørsmål til om gutter og menn ikke er like bevisste på tidligere atferd og handlinger etter diagnostisering. Dette fordi det kan være er en større aksept for at gutter er hyperaktive, impulsive og urolige.

5.3.3. De funderende jentene

Et annet aspekt som kunne vært interessant å undersøke hos gutter og menn med ADHD, er hvorvidt de opplever utfordringer med å godta og akseptere diagnosen, eller om utfordringer med å akseptere diagnosen er kjønnet trekk som opptrer hos jenter og kvinner med ADHD. Nina fortalte hvordan hun ble «*fornærmet*» da hun fikk diagnosen, og at hun i tillegg ble flau og sint: «*Jeg ble fornærmet. Ehh. Også like etter, så ble jeg liksom sånn, litt flau da. Hvorfor skal jeg bli fornærmet over den jeg er. Så ble jeg skikkelig sint og det var jeg i månedsvis*». Senere i intervjuet kom det frem at Nina trodde disse følelsene kunne sees i relasjon til de kjønnede forventningene til ADHD. Nemlig at ADHD er noe som rammer gutter. En mulig forståelse av Ninas erfaring, er at de normative og kjønnede forventningene til ADHD gjør det vanskeligere for jenter og kvinner å godta diagnosen. Dette fordi det er forventet at jenter skal ha internaliserende vansker, mens gutter skal ha eksternaliserende vansker (NOU, 2019).

En annen årsak til hvorfor diagnostisering av ADHD kan oppleves som utfordrende for jenter og kvinner, kan være en kombinasjon av kjønnsforventninger, feminine egenskaper og ADHD som en annerledes diagnose. Dette var tilfelle for Hanne og Malin:

Hanne: Nei fordi at, alle typer sånne utfordringer som jeg har, har jeg alltid tenkt at det her klarer jeg å fikse liksom. [...]. Men så fikk jeg på en måte beskjed om at du kan ikke fikse ADHDen. Det er på en måte sånn her du er da, og du må på en måte bare prøve å godta det litt. Så jeg syns det var tyngre enn jeg hadde trodd da.

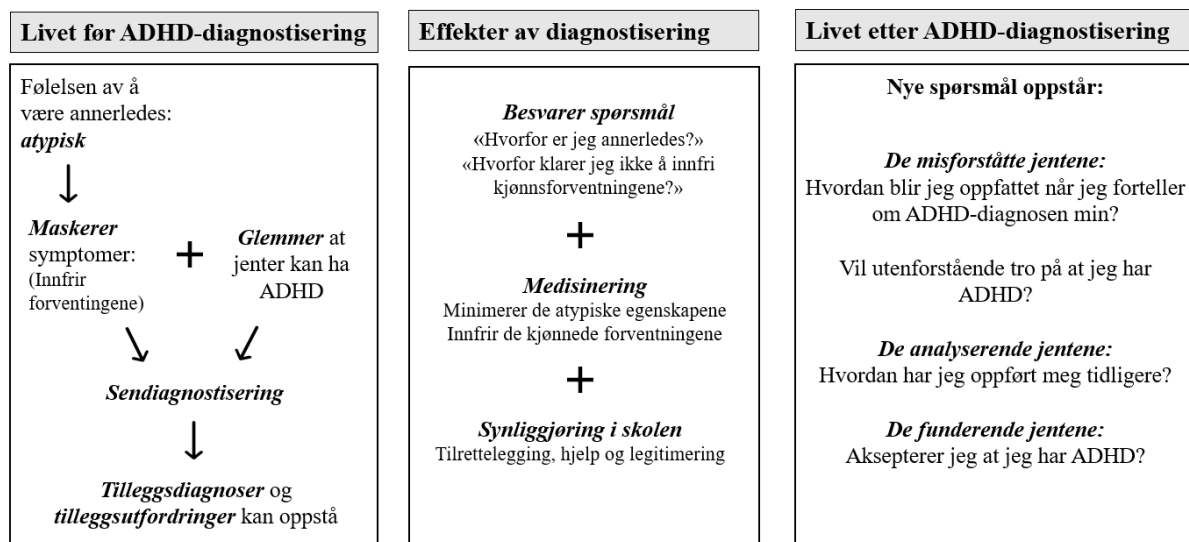
Malin: Jeg tok det tungt. Jeg har jo brukt 23, 20 år av livet mitt og tenkt at jeg har angst og det kan jeg bli kvitt. [...]. Og når jeg fikk ADHD-diagnosen, så var det litt sånn. Her har du den diagnosen, og den skal du dø med. Det her blir du ikke kvitt. Så den har jeg slitt lenge med. Jeg sliter nok fortsatt litt med å akseptere, at sånn her er jeg. Dette må jeg leve med.

Erfaringene til Hanne og Malin kan peke på at de hele livet har hatt en forestilling om at utfordringer de opplever, skal løses. Denne forestillingen, kan gjøre det vanskelig å akseptere at en har ADHD, da dette er en diagnose som ikke kan «fjernes». En mulig forståelse av hvorfor Hanne og Malin hele livet har sett for seg at de kan løse utfordringer, er at to feminine egenskaper det er forventet at jenter og kvinner skal ha, er konformitet og tilpasningsdyktighet (Drydakis et al. 2017; Vogt, 2018). Det å fikse og fjerne utfordringer kan sies å være en del av denne konformiteten og tilpasningsdyktigheten. ADHD som en ikke-fiksbar diagnose kan dermed være utfordrende å kombinere med disse egenskapene. På bakgrunn av dette, er det mulig å stille spørsmålet om gutter og menn lettere kan akseptere ADHD-diagnosen. De

kjønnede og maskuline forventningene til gutter og menn, består ikke i like stor grad av konformitet og tilpasningsdyktighet (Drydakis, et al. 2017; Vogt, 2018). I tillegg blir ADHD-diagnosen sett på som en guttediagnose (Holthe, 2017), noe som kan gjøre det enklere for gutter og menn å godta at de har ADHD.

5.4. En oppsummering av unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose

I de tre foregående kapitlene, har erfaringene til unge kvinner med ADHD blitt presentert, analysert og diskutert. Erfaringene har vært fra de var udiagnostiserte, til de ble diagnostisert, og videre hvordan denne diagnostiseringen har ført til at nye problemstillinger har oppstått. For å kunne skape en oversikt og gi større innsikt i disse erfaringene, har jeg utformet en figur. Figuren er en oppsummering av hvert av delkapitlene og belyser hvordan kjønnsforventninger tilknyttet jenter og kvinner generelt, samt kjønnsforventninger relatert til ADHD-diagnosen, har en påvirkning på hvordan en som ung kvinne opplever å ha ADHD.



Figur 4: Oversikt over unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose

Fra kapittelet om livet før diagnostisering ble det illustrert hvordan det er å ha udiagnostisert ADHD. Før diagnostisering hadde de fleste informantene hadde kjent på en følelse av å være *atypisk*, blant annet fordi de ikke innfridde de kjønnede forventningene. Videre resulterte denne annereldesheten ofte i en *maskering* av symptomer. *Maskeringen* gjorde at de unge kvinnene

innfridde forventningene. Likevel var ikke maskeringen utelukkende positiv. *Maskeringen* kombinert med at samfunnet *glemmer* at jenter og kvinner kan ha ADHD, kan føre til sendiagnostisering. Et resultat av sendiagnostiseringen, kan være at andre tilleggsdiagnoser og tilleggsutfordringer oppstår.

Kapittelet om selve diagnostiseringen fokuserte på hvilke positive effekter ADHD-diagnostisering har. For det første resulterte diagnostisering til svar på flere spørsmål. Dette gjaldt blant annet spørsmål om hvorfor en er annerledes og *atypisk*, og hvorfor en ikke klarer å innfri kjønnsforventningene. For det andre resulterte diagnostiseringen av ADHD til *medisinering*, og for det tredje resulterte diagnostiseringen til en *synliggjøring* i skolesammenheng. Noe som førte til en større grad av *tilrettelegging*, *hjelp* og *legitimering* av den *atypiske* atferden.

Det siste kapittelet, som handlet om livet etter diagnostisering, fokuserte på hvordan det etter diagnostiseringen har oppstått nye problemstillinger som ikke har vært relevant tidligere. Disse problemstillingene kan oppsummeres gjennom fire spørsmål: 1) Hvordan blir jeg oppfattet når jeg forteller om ADHD-diagnosen min? 2) Vil utenforstående tro på at jeg har ADHD?, 3) Hvordan har jeg oppført meg tidligere?, og 4) Aksepterer jeg at jeg har ADHD? Det første spørsmålet kan sees i relasjon med *misforståelser* tilknyttet diagnosen. Utenforstående har ofte dannet seg en forståelse om ADHD-diagnosen, og denne forståelsen påvirker hvordan jenter og kvinner blir oppfattet når de forteller om diagnosen sin. Spørsmål to kan knyttes opp til at de unge kvinnene hadde opplevd å bli *misforstått* og ikke trodd når de fortalte om diagnosen sin, noe som hadde ført til en «Hæ, har du ADHD?»-holdning. Spørsmål tre handler om at flere av de unge kvinnene med ADHD etter diagnostisering har begynt å *anlaysere* hvordan de tidligere har oppført seg, og om de tidligere har hatt en avvikende atferd. Det siste spørsmålet, kan sees i relasjon med de *funderende* jentene. Der ble det illustrert hvordan noen av informantene hadde opplevd det som utfordrende å akseptere diagnosen, blant annet fordi ADHD ofte blir oppfattet som en «guttediagnose», i tillegg til at ADHD er en ikke-fiksbar diagnose.

6. KONKLUSJON

Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvordan 14 unge kvinner mellom 18-26 år har erfart egen ADHD-diagnose, og hvordan forståelsen av kjønn kan ha hatt en betydning for disse erfaringene. Ved å få et innblikk i de unge kvinnenes erfaringer, har det blitt introdusert et nytt perspektiv innenfor sosiologien som jeg opplever som noe mangelfullt: Hvordan det er for jenter og kvinner å ha ADHD. I tillegg har debattene om ADHD innenfor sosiologien ofte dreid seg om hva utenforstående mener om diagnosen, men denne oppgaven har gitt innsyn i hvordan de diagnostiserte selv opplever å ha ADHD. Studien har tatt utgangspunkt i denne problemstillingen: «*Hvilke betydninger har kjønn for unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose?*». For å få innsikt i problemstillingen har jeg benyttet meg av ulike teori. To av teoriene har sett på hvordan kjønn kan være sosialt konstruert. Disse teoriene er Judith Butlers teori om performativitet, og Candace West & Don Zimmermans teori om doing gender. Teori om feminitet og maskulinitet har også hatt en sentral rolle, samt teori om utviklingstrekk i skolen og kjønnsforskjeller.

6.1. Hovedfunn – betydningen kjønn har for unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose

Hvorvidt kjønn har hatt betydning for de unge kvinnenes erfaringer med egen ADHD-diagnose, har blitt analysert og diskutert på ulike vis i de forskjellige analysekapitlene. I kapittelet om «livet før diagnostisering», har kjønnsforventninger til jenter og kvinner, samt kjønnsforventninger til ADHD-diagnosen, vist seg å ha stor betydning. De fleste av de unge kvinnene har i løpet av livet kjent på følelsen av å være annerledes og *atypisk*. Annerledesheten kunne forklares ved at ADHD-symptomene oppleves som en motsetning til de feminine og kjønne egenskapene som jenter og kvinner skal innfri. I tillegg ble det poengtert under *de glemte jentene*, hvordan jenter og kvinner med ADHD kan være atypiske på et annet vis: Jenter og kvinner er atypiske fordi de ikke innfrir de kjønne forventningene til hvem som har ADHD. Dette kombinert med at jenter i skolen ofte blir oversett, gjør det mulig å definere jenter og kvinner med ADHD som en *glemt* gruppe. Videre hadde flere av de unge kvinnene lært seg å *maskere* annerledesheten. I analysen ble det poengtert hvordan maskeringen var et kjønnet trekk innenfor den feminine egenskapen, konformitet. Ved å maskere symptomer, ville det være mulig å tilpasse seg de normative og kjønne forventningene. Likevel var ikke maskeringen utelukkende positiv. Kombinert med at jenter og kvinner med ADHD er en *glemt* gruppe, kan

maskeringen føre til *sendiagnostisering*. Videre ble det pekt på hvordan *sendiagnostiseringen* potensielt kunne føre til andre *tilleggsdiagnoser* og *tilleggsutfordringer*.

Studien har òg illustrert hvordan kjønn har en betydning når det kommer til konsekvenser av ADHD-diagnostisering. Ved å bli diagnostisert med ADHD, har de unge kvinnene fått besvart flere aspekter ved seg selv som de var *spørrende* til. Dette var spørsmål som handlet om hvorfor en har egenskaper som nødvendigvis ikke andre jenter og kvinner har, og hvorfor en ikke klarer å innfri de normative og kjønne forventningene. Videre var *medisinering* en konsekvens av diagnostiseringen. Medisinene var med på å normalisere avvikende atferd, og medisinene kunne øke sannsynligheten for at jenter og kvinner med ADHD innfridde kjønnsforventningene. Den siste positive konsekvensen av diagnostisering, var økt tilrettelegging, hjelp og legitimering av atferd i skolesammenheng. Her ble det poengtert hvordan den dualistiske forståelsen av kjønn i skolen, hvor guttene er taperne og jentene vinnerne, gjør at jenter som opplever skolerelaterte utfordringer kan være en glemte gruppe. Diagnostisering med ADHD er dermed nødvendig for å *synliggjøre* disse jentene.

I det siste kapittelet, «livet etter diagnostisering», ble det presentert noen problemstillinger som har vært relevant for de unge kvinnene etter diagnostisering. Blant annet hadde flere av de unge kvinnene opplevd å bli *misforstått*, og stilte spørsmål til om de kom til å bli trodd når de fortalte om diagnosen. Misforståelser relatert til ADHD-diagnosen, kunne for det første oppstå fordi utenforstående har dannet seg en oppfatning om diagnosen og hvordan ADHD-diagnostiserte er. For det andre kan jenter og kvinner med ADHD bli misforstått fordi de ikke innfrir de normative forventningene til ADHD-diagnostiserte, da den stereotypiske personen med ADHD ofte er en urolig gutt. Misforståelsene hadde ført til at flere av de unge kvinnene hadde erfart en «Hæ, har du ADHD?»-holdning. De to andre problemstillingene tok for seg noen spørsmål som ble diskutert om hvorvidt var mer eksisterende hos jenter og kvinner med ADHD, enn hos gutter og menn med ADHD. Den første problemstillingen handlet om hvordan noen av de ungene kvinnene etter diagnostisering hadde endt opp med å *analysere* tidligere atferd. Analyseringen gjorde at de stilte spørsmål til om de hadde hatt en avvikende atferd før de ble diagnostisert. Hvorfor analysering oppstod etter diagnostisering, kunne blant annet forklares ved at diagnostisering kan føre til en tydeliggjøring av en ikke innfrir de de normative og kjønne forventningene, og dermed er atypisk. I tillegg kan diagnostisering tydeliggjøre et

skille mellom diagnostiserte og ikke-diagnostiserte. Den siste problemstillingen fokuserte på hvordan flere av de unge kvinnene var *funderende* til om de aksepterte at de hadde fått ADHD-diagnosen. Funderingen kunne skyldes to forhold: For det første blir ADHD sett på som en diagnose som rammer gutter. For det andre handlet det om at ADHD er en diagnose en ikke kan «fjerne». Det at ADHD er en ikke-fiksbar diagnose, kan være vanskelig å kombinere med de kjønnede forventningene om at jenter og kvinner skal være konformistiske og tilpasningsdyktige.

6.2. Studiens implikasjoner

6.2.1. Samfunnsmessige implikasjoner

Denne studien viser hvordan det finnes noen utfordringer knyttet til jenter og kvinner med ADHD. Disse utfordringene er i stor grad relatert til hvilke holdninger samfunnet har til ADHD hos jenter og kvinner, samt hvilken kompetanse skolen har om skolerelaterte utfordringer hos jenter. For det første trengs det en kompetanseheving og holdningsendring relatert til ADHD hos jenter og kvinner. Studien har vist hvordan det at vi glemmer at jenter og kvinner har ADHD, kan føre til sendiagnostisering, noe som videre kan føre til komorbiditet. Denne manglende forståelsen for at ADHD også er en diagnose som rammer jenter og kvinner, kan dermed ha store konsekvenser. Utviklingen av tilleggsdiagnoser og tilleggsutfordringer er utfordringer på individnivå, men samtidig kan det ha konsekvenser på gruppenivå med tanke på samfunnsøkonomiske konsekvenser. Hvilke samfunnsøkonomiske konsekvenser utviklingen av komorbiditet har, ville vært interessant å sett på i forlengelse av denne studien.

For det andre peker erfaringene til de unge kvinnene på at det er nødvendig med en kompetanseheving i skolen. For det første må det bli en økt forståelse i skolen for at jenter og kvinner kan ha ADHD. For det andre er det nødvendig med en holdningsendring tilknyttet den dualistiske kjønns holdningen i skolen, hvor jentene blir sett på som vinnerne og guttene som taperne. Denne dualismen og entydige tankegangen, fører til at vi glemmer jenter som opplever skolerelaterte utfordringer. De unge kvinnenes erfaringer tyder på at skolen har en kjønnsstereotypisk tilnærming til elevene, og når det oppstår noen variasjoner innenfor kjønn, blir dette for komplisert å forholde seg til. I tillegg har studien illustrert hvordan synliggjøringen av jenter i klasserommet ikke er tilstedeværende *før* diagnostisering. Denne manglende

synliggjøringen er problematisk, da det ikke bør være nødvendig at jenter skal få en diagnose for å bli synlige i skolesammenheng og for at de skal få den tilpasningen de har krav på.

6.2.2 Sosiologiske implikasjoner

For sosiologien har oppgaven gitt et innblikk i sammenhengen mellom sykdom, diagnoser, normalitet, avvik, kjønn og kjønnsforventninger. Gjennom problemstillingen og forskningsspørsmålene har det blitt illustrert hvordan det sosialt konstruerte innenfor kjønn, ikke er uproblematisk. Kjønn som sosial konstruert kan være problematisk, da diagnoser kan oppstå som en konsekvens av avvik fra de normative og kjønnete forventningene.

I tillegg har denne oppgaven vært med på å gi nye perspektiver på den sosiologiske forståelsen av ADHD og debatten rundt ADHD-diagnosen. Innledningen av oppgaven poengter hvordan perspektivet på ADHD som en sosialt konstruert diagnose, er det perspektivet som har preget mye av den sosiologiske forståelsen av diagnosen. Det kan være noen samfunnsmessige eller institusjonelle aspekter som provoserer frem avvikende atferd og videre diagnoser. ADHD-diagnostisering kan derfor være en (lettevinn) løsning på strukturelle og institusjonelle utfordringer. Likevel har funnene fra denne studien pekt på hvordan diagnostiseringen har hatt store positive effekter på de unge kvinnenes liv. De positive konsekvensene er økt forståelse tilknyttet hvem en er, medisinerer, og økt tilrettelegging. I tillegg har det blitt illustrert hvor alvorlige konsekvenser, slik som dårlige skoleforhold, tilleggsdiagnoser, rusproblematikk og selvmordsforsøk, som kan oppstå ved sendiagnostisering og hvordan dette kunne vært unngått ved tidligere diagnostisering. På bakgrunn disse konsekvensene, er det derfor utfordrende å godta tankegangen om ADHD som en sosialt konstruert diagnose som vi ikke behøver.

Avslutningsvis har studien sosiologiske implikasjoner relatert til medisinerer og medikaliseringsprosessen. Medisinerer var en positiv konsekvens av diagnostisering som flere av de unge kvinnene pekte på. Likevel var det noen som hadde opplevd utfordringer med medisinerene, enten på grunn av bivirkninger eller ved at medisinerene endret personligheten. På grunn av disse variasjonene i erfaringene med medisinerer, blir det illustrert hvordan diagnostisering og medisinerer ikke utelukkende er positivt. Gjennom ADHD-diagnosen blir atypiske jenter og kvinner diagnostisert og videre medisinerert for å kunne innfri samfunnets

forventninger, istedenfor at de blir akseptert. Medisinering kan føre til et mindre mangfoldig samfunn hvor individer blir likere. Hadde samfunnet hatt en større toleranse for ulike personligheter og egenskaper, kunne det potensielt ført til færre diagnostiseringer av nevrologiske tilstander.

6.3. Videre forskning

Denne studien har hatt hovedfokus på unge kvinners erfaringer med egen ADHD-diagnose. Dette hovedfokuset gjør at oppgaven har belyst flere aspekter ved unge kvinners erfaringer, men ikke hvordan unge menn erfarer å ha ADHD. Jeg har dermed tatt utgangspunkt i et tydelig skille mellom gutter og jenter og kvinner og menn. Et skille som i virkeligheten er mye mer nyansert enn hva denne oppgaven har presentert. Til videre forskning hadde det dermed vært interessant å undersøke i hvor stor grad funnene hadde vært annerledes, hadde jeg tatt utgangspunkt i unge menns erfaringer med ADHD. Det ville vært nyttig å nærmere undersøke hvilken betydning kjønn har for hvilke erfaringer gutter og menn har med egen ADHD-diagnose. Finnes det noen forskjeller? Spesielt hadde det vært interessant å undersøke hvorvidt gutter analyserer tidligere atferd, og om de også opplever utfordringer med å akseptere diagnosen. I tillegg kunne det vært hensiktsmessig å undersøke om gutter òg har opplevd mangelfull tilrettelegging i skolen *før* diagnostisering, eller om dette er et kjønnnet trekk for jenter.

Avslutningsvis ønsker jeg å stille to spørsmål til ettertanke. For det første, burde utfordringer med indre uro vært en annen diagnose enn ADHD? Studien har illustrert hvordan denne indre uroen ikke er helt synonym med den stereotypiske ideen om ADHD, noe som kan føre til sendiagnostisering. Variasjonen i hvordan diagnosen utarter seg, kan dermed sies å være problematisk med tanke på utredning. Hadde ADHD derimot vært en diagnose som handlet om utelukkende synlig og utvendig uro, mens en annen diagnose omfattet den indre uroen, kunne potensielt flere erfart tidligere diagnostisering. Dette fordi det da ikke ville vært så store variasjoner i hvordan symptomene opptrer.

Det andre spørsmålet, er om det egentlig burde være flest jenter som blir diagnostisert med ADHD. Allerede i innledningen av oppgaven ble det skrevet om hvordan ADHD i lang tid har

blitt sett på som en guttediagnose, og at det er flest gutter som bli diagnostisert med ADHD. Likevel opplever jeg dette som en form for selvmotsigelse basert på funnene i studien. Det har blitt presentert hvordan jenter med ADHD kan sies å ha en større tilhørighet i den maskuline kjønns kategorien, fordi symptomene på ADHD i stor grad blir sett på som egenskaper som gutter og menn oftere har. Dette peker på et sentralt spørsmål: Hvorfor blir flest gutter diagnostisert med ADHD når symptomene på ADHD kan sies å være egenskaper som det i større grad er akseptert at gutter har? Med utgangspunkt i de kjønnede forventningene og hvordan diagnostisering oppstår når det er avvik fra forventningene, bør det være en større aksept for at gutter er energiske, hyperaktive, impulsive og uoppmerksomme, enn det er for jenter og kvinner.

LITTERATURLISTE

- Aal, M., D. (2021, 5. mars). The Voice-Marias diagnose gjorde at hun droppet ut av skolen. *TV2*. <https://www.tv2.no/a/11988575/>
- ADHD Norge. (u.å.). *Voksenliv*. Hentet 15. januar 2021 fra: <https://www.adhdnorge.no/om-adhd>
- Atkinson, P. (2015). *For Ethnography*. London: Sage
- Barkley, R., Cook, E., Diamond, A., Zametkin, A., Thapar, A., Teeter, A., Anastopoulus, A., Sadeh, A., Leventhal, B., Hoza, B., Corbett, B., Molina, B., Pennington, B., Paternite, C., Whalen, C., Carlson, C., Johnston, C., Gillberg, C., Hartung, C., ... Pelham, W. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89-111.
<http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consensus2002.pdf>
- Bordvik, M. (2021, 19. mars). Tonje og begge døtrene har ADHD: Slik er livet i familien. *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/btmagasinet/i/gWp6P5/tonje-og-begge-doetrene-har-adhd-slik-er-livet-i-familien>
- Bromark, M. (2014, 14. november). Er det sant at franske barn ikke får ADHD?. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/VRr6W/er-det-sant-at-franske-barn-ikke-faar-adhd>
- Butler, J. (2011). *Bodies that Matter: on the discursive limits of "sex"*. Abingdon: Routledge
- Butler, J. (2020). *Kjønn, performativitet og sårbarhet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Conrad, P., Schneider, W., J. (1992). *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press
- Danielsen, D. (2021, 23. mars). I tiår trodde Tatjana Erdal at hun slet med angst og depresjon. 29 år gammel fikk hun ADHD-diagnosen. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/foreldreliv/i/aP3mOL/i-ti-aar-trodde-tatjana-erdal-at-hun-slet-med-angst-og-depresjon-29-aar>
- Djupedal, E., F. & Korshavn, L., E. (2016). Medisinering av mangfold i kunnskapsskolen. I Tjora, A. & Levang, L., E. (Red.). *ADHD og det disiplinerte samfunn*. (s. 85-100). Bergen: Fagbokforlaget

- Drydakis, N., Sidiropoulou, K., Bozani, V., Selmanovic, S. & Swetketu, P. (2017). Masculine vs feminine personality traits and women's employment outcomes in Britain: a field experiment. *International journal of manpower*. 39(4), 621-630.
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJM-09-2017-0255/full/pdf>
- DuPaul, G., J. & Langberg, J., M. (2015). Educational Impairments in Children with ADHD. I Barkley, R., A. (Red.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis & Treatment*. (s.169-190). New York: The Guilford Press
- Eriksen, A., K. (2016). *Jeg må ramme henne inn, og hele tiden være i forkant!: En kvalitativ studie om hvordan lærere opplever at jenter med ADHD ivaretas i grunnskolen*. [Masteroppgave]. Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Eriksen, E., M. (2018, 05. mars). Sosiolog Aksel Tjora viser dessverre enda en gang at han har helt minimal kunnskap om ADHD. *ITromsø*. «Sosiolog Aksel Tjora viser dessverre enda en gang at han har helt minimal kunnskap om ADHD» - itromso.no
- Foldal, M., M. (2018). *“Min sosial atferd blir som det knallrosa huset i et strøk med bare hvite villaer (...) Så nå har jeg malt huset hvitt. For å passe inn da”*: En kvalitativ undersøkelse om kvinners opplevelse av den sosiale skolehverdagen med udiagnostisert ADHD. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Forsberg, M. (2010). *Foreldres fremstillinger av diagnosen ADHD: en diskursanalytisk tilnærming*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Gregersen, L. (2015). *Det er jo ikke en eneste forventning, så hvorfor skal jeg nå gidde?: En kvalitativ studie basert på fem unge kvinner med ADHD sine erfaringer fra skoletiden før og etter de fikk diagnosen*. [Masteroppgave]. NLA Høgskolen.
- Gullestad, F., H. (2021, 22. mai). Sliter meg ut innenfra. *Klassekampen*.
<https://klassekampen.no/utgave/2021-05-22/sliter-meg-ut-innenfra>
- Hagerup, I., O., L. (2018, 09. mars). *Kvinner med ADHD har mest angst og depresjon*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/med/113521/kvinner-med-adhd-har-mest-angst-og-depresjon>
- Holthe, M., E., G. (2017). *ADHD hos kvinner*. ADHD Norge.
<https://adhdnorge.no/content/uploads/2017/03/adhd-hos-kvinner.pdf>

- Hovdenak, S., S. & Stray, J., H. (2015). *Hva skjer med skolen?: En kunnskapssosiologisk analyse av norsk utdanningspolitikk fra 1990-tallet og frem til i dag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, D., I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johnston, C. & Chronis-Tuscano, A (2015). Families and ADHD. I Barkley, R., A. (Red.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis & Treatment*. (s.191-209). New York: The Guilford Press
- Korsnes, O., Andersen, H. & Brante, T. (1997). *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lian, O., S. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I Tjora, A. (Red.). *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*. (s. 38-61). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lian, O., S. (2014). Karaktertrekkdiagnoser. *Rus & samfunn* (5), 39-43.
https://www.idunn.no/file/pdf/66728390/karaktertrekkdiagnoser_.pdf
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nielsen, H. B (2014): Forskjeller i klassen: kjønn i kontekst. I Nielsen H., B. (Red). *Forskjeller i klassen: nye perspektiver på kjønn klasse og etnisitet i skolen*. (s. 11-32) Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordengen, K. (2011). *Medisinering av uromomenter i den norske skolen?: En sosiologisk diskursanalyse av læreres forståelser av ADHD*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo

- NOU 2019: 3 (2019). *Nye sjanser – bedre læring: kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp*. Kunnskapsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou201920190003000dddpdfs.pdf>
- Payne, G. & Williams, M. (2005). Generalization in Qualitative Research. *Sociology*, 39(2), 295-311. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0038038505050540>
- Rødland, W., A. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse?*. Kvinnehelseportalen.no
https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf
- Sandnes, H., E. (2009, 16. oktober). *Ikke feminisert, men moderne*. Kilden.
<https://kjonnsforskning.no/nb/2009/10/ikke-feminisert-men-moderne>
- Silverman, D. (2017). How was it for you? The Interview Society and the irresistible rise of the (poorly analyzed) interview. *Qualitative Research*, 17(2), 144–158.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794116668231>
- Skog, O., J. (2012). *Skam og skade: Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sletten, K., H. (2014). *Jenter og ADHD: Uttrykk og forutsetninger for gode tiltak*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Solbrække, K. N. og Aarseth, H. (2014). Samfunnsvitenskapenes forståelser av kjønn. I Lorentzen, J. og Mühleisen, W. (Red.). *Kjønnsforskning. En grunnbok*. (s.63-76). Oslo: Universitetsforlaget.
- Støre, M. (2021, 7. mars). Tomine Harket fikk diagnose: -Påvirket meg. VG.
<https://www.vg.no/rampelys/i/WOo67K/tomine-harket-fikk-diagnose-paavirker-meg>
- Tavory, I. & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: theorizing qualitative research*. Chicago: The University of Chicago Press
- The New York Times (2016, 1. februar). *Is the A.D.H.D. Diagnosis Helping or Hurting Kids?*
<https://www.nytimes.com/roomfordebate/2016/02/01/is-the-adhd-diagnosis-helping-or-hurting-kids>

- Tjora, A. (2012). Helsesosiologi som forskningsfelt. I Tjora, A. (Red.). *Helsesosiologi: analyser av helse sykdom og behandling*. (s. 16-33). Oslo: Gyldendal
- Tjora, A. & Levang., L. E. (2016). *ADHD og det disiplinerte samfunnet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tjora, A., Næss, S., C. & Levang, L., E. (2016). ADHD i samfunnsperspektiv. I Tjora, A. & Levang, L., E. (Red.). *ADHD og det disiplinerte samfunnet*. (s. 11-29). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ulvestad, R. & Østgaard, G. (2015, 19. august). Debatt: unødig medisiner og stigmatisert. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/XnWB/debatt-unoedig-medisiner-og-stigmatisert>
- Vogt, K., C. (2018). Svartmaling av gutter. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(2), 177-193. https://www.idunn.no/file/pdf/67054507/svartmaling_av_gutter.pdf
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), 125-151. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891243287001002002>
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge – en statusrapport*. (Folkehelseinstituttet rapport 4/2016). https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf

VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«ADHD-diagnostiserte jenters opplevelse av hverdagen og ADHD-diagnosen»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan jenter som er diagnostisert med ADHD opplever hverdagen og ADHD-diagnosen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Gjennom masteroppgaven ønsker jeg å se på jenter som er diagnostisert med ADHD og deres opplevelser av hverdagen og diagnosen. Dette gjelder primært jenter mellom 18 og 25 år som gikk på skolen da Kunnskapsløftet var gjeldende. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å undersøke og få større innsikt et helhetlig perspektiv på jentenes liv og hvordan ADHD-diagnosen kan ha påvirket livet til jentene. Dette gjelder både skole, fritid, sosialt liv og andre aspekter ved hverdagen. Slik kunnskap er viktig for å kunne belyse ADHD-diagnosens påvirkning, men også hvordan den oppleves for jenter, som kan sies å være en minoritet når det kommer til diagnosen. Oppgavens problemstilling er «*hvordan oppleves hverdagen for jenter som er diagnostisert med ADHD*».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norsk Teknisk Naturvitenskapelig Universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet. Min veileder ved NTNU er Brita Bungum.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å fordi du er ei jente som er diagnostisert med ADHD og som gikk på grunnskolen og/eller videregående da Kunnskapsløftet som læreplan var gjeldende.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det å bli intervjuet i 30-60 minutter. I intervjuet vil jeg stille deg spørsmål rundt hverdagen din og din egen opplevelse av ADHD-diagnosen. Intervjuet vil tas opp med en digital lydopptaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Lydopptaket fra intervjuet blir lagret på en SD-minnebrikke. Opptakeren har verken tilkobling til internett- eller telenett. Etter opptak blir opptakene transkribert av studenten selv på en PC i flymodus og uten internettkobling. I transkriberingen anonymiseres opplysninger som kan identifisere deg som person. Etter dette slettes minnebrikken. Dermed er det ingen opplysninger som kan knyttes til deg som person som følger med videre i prosessen med analyse og publisering.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021.

Jeg vil da slette kontaktinformasjonen din og opptak av intervjuet. Andre personopplysninger vil bli anonymisert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU ved Ingvild Holsen, ingvhols@stud.ntnu.no eller veileder Brita Bungum, brita.bungum@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgelsen, thomas.helgelsen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingvild Holsen
Masterstudent på lektor-
programmet i sosiologi og
statsvitenskap, NTNU

ingvhols@stud.ntnu.no
+47 991 14 024

Brita Bungum
Veileder

Førsteamanuensis i sosiologi
Institutt for sosiologi og statsvitenskap,
NTNU
brita.bungum@ntnu.no
+47 408 75 826

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*ADHD-diagnostiserte jenters opplevelse av hverdagen og ADHD-diagnosen*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

ADHD-diagnostiserte jenters opplevelse av hverdagen og diagnosen

Formål

Jeg kommer fra institutt for sosiologi og statsvitenskap på NTNU. Dette semesteret skal jeg skrive en masteroppgave, hvor jeg ønsker å se på jenter som er diagnostisert med ADHD og deres opplevelse av hverdagen og diagnosen. Dette gjelder primært jenter mellom 18 og 25 år som gikk på skolen da Kunnskapsløftet var gjeldende. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å undersøke og få større innsikt et helhetlig perspektiv på jentenes liv og hvordan ADHD-diagnosen kan ha påvirket livet til jentene. Vet ikke så mye – ønsker å lære og høre det du ønsker å fortelle og videreformidle. Dette gjelder både skole, fritid, sosialt liv og andre aspekter ved hverdagen. Slik kunnskap er viktig for å kunne belyse ADHD-diagnosens påvirkning, men også hvordan den oppleves for jenter, som kan sies å være en minoritet når det kommer til diagnosen. Oppgavens problemstilling er «*hvordan oppleves hverdagen for jenter som er diagnostisert med ADHD*».

Selve intervjuet

Det vil i utgangspunktet foregå *et* intervju. Vil det være mulig å ringe deg opp igjen hvis det er behov for dette? Selve intervjuet vil vare fra 30-60 minutter og spørsmålene vil gi rom for at du forteller om dine erfaringer, synspunkter og opplevelser. Intervjuguiden er veiledende, med flere hovedområder, men det vil også være rom for intervjuer å stille spørsmål som dukker opp underveis. Først vil det bli stilt noen oppvarmingsspørsmål, før jeg videre har et større fokus på selve tematikken. De ulike undertematikkene er, ADHD-diagnosen, ADHD-diagnosen og hverdagen, ADHD-diagnosen hos jenter/kvinner, ADHD-diagnosen og skolen, og til sist noen oppsummeringss spørsmål. Jeg vil også forsikre deg om anonymisering. Dette innebærer at jeg bruker andre navn og fremstiller historiene slik at det ikke vil være mulig «spore det tilbake til deg. Oppgaven vil bli publisert, men gjennom anonymiseringen vil det ikke være mulig å bli gjenkjent. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Lydopptaket blir lagret på en SD-minnebrikke. Opptakeren har verken tilkobling til internett- eller telenett. Etter opptak bringes opptakeren til instituttets eget transkripsjonsrom, hvor opptaket transkriberes av studenten selv. I transkriberingen anonymiseres opplysninger som kan identifisere deg som person. Etter dette slettes minnebrikken. Dermed er det ingen opplysninger som kan knyttes til deg som person som følger med videre i prosessen med analyse og publisering.

Det er frivillig å delta i prosjektet og intervjuet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Samtidig vil jeg her presisere hvordan du kan velge å ikke svare på noen spørsmål, hvis du opplever det som vanskelig eller sensitivt. Opp til deg hva du ønsker og dele og ikke.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norsk Teknisk Naturvitenskapelig Universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet. Min veileder ved NTNU er Brita Bungum.

Noe du vil spørre om før vi begynner?

Spørsmål/Tema

a) Oppvarmingsspørsmål

- Kan du fortelle litt om deg selv?
 - Kjønn, alder, studier, bosted, skole, arbeid, interesser (antall år).
 - Noe spesielt du ønsker å tekke frem om deg som du mener er sentralt for tematikken og intervjuet?
- Hvis du skal beskrive deg med tre ord, hva ville det vært?
- Hva opplever du som dine styrker og positive egenskaper?
- Hva opplever du som dine utfordrende egenskaper?

b) ADHD-diagnosen

- Når ble du diagnostisert med ADHD?
- Hvordan foregikk prosessen da du var under utredning for ADHD?
- Går du på medisiner? Eventuelt hvilke?
 - Hvorfor har du valgt å gå på medisin? / hvorfor har du valgt å ikke gå på medisin?
- Har du noen andre tilleggsdiagnoser eller vansker?
- Hvilke egenskaper/kjennetegn er det som er mest fremtredende hos deg mtp. diagnostiseringen?
- Husker du hvordan det opplevdes å få diagnosen?
 - Ble ting enklere/vanskeligere
 - Glad/misfornøyd med å få diagnosen?
 - Overrasket, forventet, lettet?
- Hvordan reagerte familien din og folk rundt deg da du fikk diagnosen?
- Visste du mye om ADHD før du fikk diagnosen?
 - Visste du mye om ADHD hos jenter før du fikk diagnosen?
 - Hvor fikk du informasjon om ADHD?
 - Legen, psykolog, bøker, informasjonshefter, venner, familie, skole
- Før du fikk diagnosen, hadde du noen fordommer mot ADHD-diagnosen?
- Har du noen gang følt på at du må oppføre deg på en viss måte fordi du har ADHD?
- Hvis du skulle beskrevet en person slik folk tror folk med ADHD er? Hvordan skulle den sett ut?
- Tror du det har hatt noen konsekvenser for deg at du har blitt diagnostisert tidlig/sent?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har du noen tanker rundt selve diagnosen? Er det er en viktig diagnose eller er den ikke nødvendig?
 - Hvorfor er den viktig?
 - Hvorfor er den ikke nødvendig?
- Sier du at du *har* ADHD eller at du er *diagnostisert* med ADHD?
 - Hvorfor velger du den ene varianten?

c) ADHD-diagnosens påvirkning og hverdagen

- Husker du tiden fra før du ble diagnostisert?
 - Hvordan så en vanlig hverdag ut da?
- Hvordan ser en vanlig hverdag ut i dag etter diagnostiseringen? Har du lyst til å fortelle litt? Eksempelvis hvordan var dagen i går?
 - Når står du opp, frokost, planlegging av dagen, arbeid, skole, fritid, sosiale, hendelser, legging, søvn, stress
- Vil du si at dagen i går var en normal hverdag?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har diagnosen påvirket hverdagen?
 - Hvorfor/hvorfor ikke
 - Positiv/negativ påvirkning
- Har ADHD-diagnosen påvirket arbeidslivet ditt på noe vis?
- Har ADHD-diagnosen påvirket relasjoner i livet ditt?
 - Familie, kjærlighetsforhold, venner
- Har ADHD-diagnosen påvirket det sosiale livet ditt?
 - Vennskap, skoleliv
- Hvilke utfordringer opplever du når det kommer til å organisere og strukturere livet ditt?
- Hvordan takler du og håndterer du stress?
- Hvordan opplever du at samfunnet er tilrettelagt for personer som er diagnostisert med ADHD?
- Hvordan kan samfunnet inkludere personer diagnostisert med ADHD?
- Har du valgt å være åpen om ADHD-diagnosen din?
 - Hvem forteller du det til?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Hvor fort forteller du det til nye bekjente? Forskjeller?
- Hvordan reagerer folk når du forteller at du er diagnostisert med ADHD?
- Har du hatt en opplevelse hvor du har merket et skille mellom deg og andre som ikke er diagnostisert med ADHD? Gjerne fortell.
- Har du noen gang følt på noe stigma eller forventninger tilknyttet deg fordi du er diagnostisert med ADHD?
- Har du noen spesifikke strategier eller teknikker for å takle ADHD-symptomene?
 - Hvordan har du funnet ut av disse?

d) ADHD-diagnosen hos jenter

- Hvilket inntrykk eller erfaringer har du når det kommer til folks kjennskap til ADHD hos jenter/kvinner?
- Hvordan mener du at diagnosen opptrer hos gutter og jenter?
 - Forskjeller/likheter?
- Har du opplevd noen spesielle forventninger til deg fordi du er jente, eventuelt hvilke?
 - Stemmer disse?
 - Hvordan du skal oppføre deg
 - Interesser
 - Hvordan du skal fungere på skolen
- Hvordan føler du at ADHD-symptomene korresponderer/har en sammenheng med de forventningene som du erfarer fordi du er jente?

- Er det en forskjell?
- Hvordan oppleves det å være jente med en typisk «guttediagnose»?

e) ADHD-diagnosen i skolen

- Kan fortelle om hvordan en vanlig skolehverdag var for deg?
 - Opp til deg om det er på barneskole, ungdomsskole eller videregående
- Ønsket du at medelever og lærere skulle vite at du hadde ADHD?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Hadde det vært mulig for det å skjule ADHD-diagnosen i skolen hvis det var noe du ønsket?
- Gode erfaringer på skolen?
 - Forskjell på trinnene?
- Dårlige erfaringer på skolen?
 - Var skolen problematisk for deg på noe vis?
- Opplevde du noen tilpasninger i skolen fordi du var diagnostisert med ADHD?
- Syns du skolen, slik som den er i dag, er godt nok tilrettelagt for elever diagnostisert med ADHD?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Hva bør eventuelt endres?
 - Er det noen spesifikke tiltak/endringer i skolen du ser for deg at kunne bidratt i stor grad til å gjøre skolehverdagen bedre for elever diagnostisert med ADHD?
 - Noe lærere kan gjøre?
- Hvordan kan skolen inkludere elever som er diagnostisert med ADHD?

f) Oppsummeringsspørsmål

- Hvorfor ønsket du å delta i dette forskningsprosjektet?
- Tror du livet ditt hadde vært annerledes hvis du ikke hadde blitt diagnostisert?
 - Hvorfor / hvorfor ikke?
- Positivt at du har ADHD eller negativt?
- Hvis du skulle nevnt en ting som du skulle ønske folk var klar over når det kom til jenter diagnostisert med ADHD eller selve diagnosen, hva skulle det vært?
- Er det andre ting du ønsker å trekke frem eller snakke om som du mener kan være relevant for intervjuet og oppgaven?
 - Noen andre tematikker som du syns kunne vært relevant?

Vedlegg 3: Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

ADHD-diagnostiserte jenters opplevelse av hverdagen og ADHD-diagnosen

Referansenummer

558877

Registrert

04.01.2021 av Ingvild Holsen - ingvhols@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Brita Bungum, brita.bungum@ntnu.no, tlf: 40875826

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingvild Holsen, ingvild_1996@hotmail.com, tlf: 99114024

Prosjektperiode

04.01.2021 - 01.07.2021

Status

03.02.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

03.02.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 03.02.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen er dermed den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

